10/2008

Unternehmen Praxis

praxis wissen 24

Aktuell

Heilmittelerbringer werden zum wiederholtem Male von Krankenkassen belehrt

AOK Hessen auf Konfrontationskurs 5

Berufspolitik

Private Krankenversicherer wollen in das Vertragsgeschäft einsteigen

Gute Leistungen künftig besser bezahlen 8

Praxismanagement

Wissenschaftler gegen arthroskopische Intervention bei Gonarthrose

Arthroskopie nicht besser als Krankengymnastik 13

Alles, was Sie zum schon immer zum Thema Heilmittel wissen oder sagen wollten

TheraPedia ist das neue online Therapielexikon

Genau zum Tag der deutschen Einheit am 3. Oktober 2008 ist das neue online Therapielexikon TheraPedia.de für die Öffentlichkeit freigeschaltet worden. Damit gibt es endlich eine freie Internetseite, auf der das gesamte Wissen der Heilmittelerbringer übersichtlich strukturiert für Therapeuten, Ärzte und nicht zuletzt für Patienten zur Verfügung gestellt werden kann.

Das Internetlexikon Wikipedia ist eine der am häufigsten genutzten Wissensquellen im Internet. An diesem Vorbild orientiert sich auch das neue Therapielexikon, das unter der Internetadresse www.therapedia.de für alle Heilmittelerbringer seit dem 3. Oktober 2008 online ist.

Das Ziel von TheraPedia ist anspruchsvoll: Das umfassendste und aktuellste freie Therapielexikon will man werden, gemeinsam von Therapeuten für die eigene Profession, aber auch für interessierte Ärzte und Patienten produziert. Die Beiträge sollen dabei direkt von Therapeuten und anderen nahe stehenden Berufsgruppen stammen, die sich dem Ziel von TheraPedia verbunden fühlen und ihr Wissen teilen möchten.

Auf der Homepage findet sich das Credo von TheraPedia: „Inspiriert durch Wikipedia folgen wir der Vorstellung, dass alle aktiven ‚TheraPedianer' fast alles wissen und zusammen eine umfassende Informationssammlung zum Thema Ergo-, Physiotherapie und Logopädie schaffen können."

Das Herzstück von TheraPedia ist das Wiki, eine Software, die es jedem Internetbenutzer erlaubt, beliebige Artikel zu jeder Zeit zu erzeugen, zu aktualisieren, zu verändern oder zu illustrieren. Die Autoren teilen ihr Wissen, bearbeiten es, destillieren Wesentliches heraus und bauen daraus ein gut lesbares Ganzes. Je mehr Therapeuten bei TheraPedia mitmachen, desto besser wird das Gesamtergebnis.

Höchste Zeit für freie Informationen

„Wir brauchen Autoren, viele Leute, die Lust haben, zusammenzufassen, was Ergo-, Physiotherapie und Logopädie eigentlich ist", wünscht sich Michael Grünewald, Physiotherapeut (BA) und aktueller Hauptadministrator bei TheraPedia. „Bei den meisten Therapieformen gibt so viele Facetten und Richtungen das es höchste Zeit wird, all diese Information für alle frei verfügbar im Internet zugänglich zu machen."

Praxisinhaber profitieren

Die Vorteile eines freien Therapielexikons sind vielfältig. So profitieren Praxisinhaber davon, dass viele Erläuterungen von Fachbegriffen frei zugänglich sind. Damit kann auf der Praxisinternetseite einfach auf TheraPedia verlinkt werden, anstatt den Begriff selbst noch einmal erläutern zu müssen. Praxisbroschüren können kostenlos inhaltliche Anleihen bei TheraPedia nehmen, ein Quellenhinweis auf TheraPedia reicht. Und selbst bei der Fortbildungsplanung hilft TheraPedia weiter, weil zu jedem Fachgebiet alle Fortbildungsangebote verlinkt werden können. Im zugehörigen TheraForum können Themen diskutiert werden, oder Fragen anderer Therapeuten beantwortet werden.

Ärzte und Patienten sind informiert

Ärzte haben mit TheraPedia endlich eine Möglichkeit, sich zum Thema Heilmittel auf den aktuellen Wissenstand zu bringen. Denn wenn die ehrgeizigen Ziele der TheraPedianer erreicht werden, findet der verordnende Arzt hier bald sehr klare Aussagen zur Wirkung und zum Nutzen der Heilmitteltherapie.

Patienten können endlich alle Fragen zum Thema Heilmittel an einer Stelle nachschlagen. Im TheraPedia finden sie alle für sie relevanten Therapieformen so erkläutert, dass Wirkung und Nuzten der Therapie für den eigenen Alltag offensichtlich wird. Damit wird TheraPedia das erste virtelle Schaufenster aller Ergo-,/ Phyisotherapeuten und Logopäden. *bu*

TheraPedia bündelt das gesamte Wissen aller Heilmittelerbringer in Deutschland.

Service: praxiswissen24 Kunden können sich für eine kostenlose 3-stündige Schulung bei der Hotline anmelden, gern auch mit Mitarbeitern. Ort und Termine werden dann mit allen Interessierten abgesprochen.

Kommentar

Heilmittelfinanzierung gesichert!

Liebe Leser,

Auch wenn alle Wirtschafts- und Verbraucherschutzverbände schimpfen: 15,5 Prozent Pflicht-Beitragssatz zur Krankenversicherung im nächsten Jahr stellt sicher, dass in den nächsten Jahren genug Geld vorhanden ist, Heilmittel als Kassenleistung zu finanzieren.

Krankenhäuser werden im nächsten Jahr erheblich mehr Geld erhalten, die niedergelassenen Ärzte haben höhere Honorare erstritten und die Pharmaindustrie hat schon vorsorglich angekündigt, dass die Ausgaben für Arzneimittel um mehr als 9 Prozent steigen müssten.
Diese drei Interessensgruppen haben im Gesundheitswesen schon einzeln jeweils deutlich mehr Einfluss als alle Heilmittelverbände zusammen. Wäre der Beitragssatz nicht so hoch angesetzt worden, wie jetzt geschehen, hätten die bereits zugesagten Ausgabensteigerungen aus anderen Töpfen des Gesundheitswesens finanziert werden müssen. Das Ausgabenvolumen der Heilmittelerbringer würde z.B. reichen, um die geplanten Ausgabensteigerungen bei den Krankenhäusern oder Arzthonoraren zu finanzieren.
Deswegen ist es fast schon zu bedauern, dass die Bundesregierung und der Schätzerkreis nicht den Empfehlungen der Krankenkassen gefolgt sind, und einen noch höheren Beitragssatz festgelegt haben. Als GKV-Mitglied bin ich über erhöhte Beiträge zwar nicht erfreut, aber meine weitere Versorgung mit Heilmittel ist mir wichtig!

Statt also mit den Patienten gemeinsam über zu hohe Beiträge zu lamentieren, sollten alle niedergelassenen Therapeuten die Aufregung vorsichtig relativieren und darauf hinweisen, dass Heilmittelerbringer zum Teil seit Jahren keine Honorarerhöhung erhalten haben (siehe Seite 6), im Osten immer noch unterbezahlt sind und sich mögliche Honorarerhöhungen seit Jahren unterhalb der Inflationsgrenze bewegt haben!

Ihr

PS: Sehen wir uns auf der MEDICA 2008 in Düsseldorf? Vom 19.-22. November begrüßen wir Sie auf dem Stand K 26 in Halle 4 bei Buchner & Partner. Wenn Sie Gesprächsbedarf haben, können Sie auch gern einen Messetermin mit meinen Kollegen und mir vereinbaren!

Kabinett bringt Entwurf der Beitragssatz-Verordnung auf den Weg

Gesundheitsfonds startet mit 15,5 Prozent

Das Bundeskabinett hat den Entwurf einer Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Der Entwurf enthält die Festlegung der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach dem Entwurf beträgt der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig 14,6 Prozent, der ermäßigte Beitragssatz 14,0 Prozent. Dazu kommt ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, der nur von den Mitgliedern der Krankenkassen zu tragen ist. Die Verteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ändert sich nicht.

Der Beitragssatz beruht auf den Ergebnissen des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises und ist so ausgestaltet, dass durch die erwarteten Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 100 Prozent der erwarteten Ausgaben gedeckt werden.

Die endgültige Beschlussfassung im Bundeskabinett über die Verordnung wird am 29. Oktober 2008 erfolgen. *pm*

Bundesrat beschließt Gesetz zur Reform der Heilmittelausbidlung

Ohne Altersgrenzen

Am 19.September 2008 hat der Bundesrat ein Gesetz gebilligt, das die bisherigen starren Altersgrenzen abschafft. Physiotherapeuten, Logopäden und Masseure können nun unabhängig von einem Mindestalter ihre Ausbildung beginnen.

Wie wir bereits berichteten, wird mit diesem Beschluss ein Missstand des geltenden Rechts behoben. Aufgrund starrer Altersgrenzen verloren qualifizierte jüngere Bewerber wertvolle Zeit bis zum nächsten Ausbildungsjahr, da die Schulen der Gesundheitsberufe in der Regel nur einmal jährlich mit neuen Lehrgängen beginnen.

Kritik an diesem Beschluss kommt von einigen Berufsverbänden, die sich im Rahmen der angestrebten Akademisierung gewünscht hätten, die Eingangsvoraussetzungen anzuheben. *pm/bu*

Kommentar: Die Absenkung der Altersgrenzen passen nicht so recht zu den Bestrebungen der Heilmittelverbände, in Zukunft die Ausbildung zumindest auf Fachhochschulniveau zu heben. Die Bereitschaft der Politiker, diese Akademisierung voranzutreiben ist wohl noch ausbaufähig!

Zweiter Versuch zur Einführung von Heilmittelrichtgrößen im Norden

Schleswig-Holstein hat jetzt Richtgrößen

Nachdem es in 2007 keine Heilmittel-Richtgrößen für Schleswig-Holstein gab, haben sich Kassen und KV jetzt auf Richtgrößenvolumina für Heilmittel geeinigt, die seit dem 1.7.2008 gültig sind. Die gute Nachricht: Es gibt weiterhin die in Schleswig-Holstein so genannten „absoluten" oder auch garantierten vorab Praxisbesonderheiten.

Wie schon 2006 sind nur die zehn verordnungsintensivsten Facharztgruppen von den Richtgrößen betroffen. Die Höhe der Richtgrößen hat sich im Vergleich zu 2006 meist nur leicht verändert. Logopäden müssen aufpassen, die Richtgrößen bei HNO-Ärzten wurde um 9 bis 21 Prozent zurückgenommen. Dafür freuen sichdie Neurologen über Zuwächse von 14 bis 36 Prozent. Die übrigen Richtgrößen haben sich nur marginal verändert, wirklich einschneidende Veränderungen gibt es nicht.

Die ursprünglich für die Durchschnittsprüfung 2006 vereinbarten „absoluten" und „relativen" Praxisbesonderheiten wurden beibehalten. Das bedeutet, dass es keinerlei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gibt für Heilmittelverordnungen bei folgenden Indikationen:

- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen in den ersten 12 Monaten
- postoperativ in den ersten 2 Monaten auftretende komplexe Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- oder Bewegungsorgane
- Multiple Sklerose in fortgeschrittenem Stadium
- Apoplex
- Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie
- schwere körperliche Behinderung bei Kindern

Darüberhinaus wurde vereinbart, das leitlinienkonforme Verordnungen von DMP-Patienten als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind.

Immer extrabudgetär: Therapie in den ersten zwei Monaten postoperativ bei auftretenden komplexen Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- oder Bewegungsorgane.

Das Prüfungsjahr 2006 wird nach Durchschnittswerten geprüft. Anhand der Prüfungsergebnisse soll eine sachlich begründete Entscheidung über die zukünftige Art der Wirtschaftlichkeitsprüfung getroffen werden. *bu*

Service: praxiswissen24 Kunden können die aktuelle Richtgrößenvereinbarung, die Richtgrößen, Informationen zu den Praxisbesonderheiten sowie das Richtgrößencontrolling-Tool für den Bereich der KV SH bei der Hotline abrufen.

Beschluss des GBA zur Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus

Kooperationschance bei Rheumapatienten

Wie vom Gesetzgeber gewollt hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in einem jetzt veröffentlichen Beschluss die Möglichkeiten der Krankenhäuser erweitert, Rheuma-Patienten ambulant zu versorgen. Die dazu notwendigen Physio- und Ergotherapeuten kann die Klinik sich auch extern zukaufen.

In der „Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b des SGB V: Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen" legt der GBA die Rahmenbedingungen fest, nach denen Krankenhäuser in die ambulante Versorgung solcher Patienten einsteigen können. Eine Anforderung ist die Vorhaltung der Leistungsbereiche Physiotherapie und Ergotherapie. Die Richtlinie erlaubt, dass „die hinzu zu ziehenden Fachdisziplinen auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Leistungserbringern" eingebunden werden können.

Hier öffnet sich für niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten eine Chance zur Kooperation mit den betreffenden Krankenhäusern. Eine Anfrage bei umliegenden Kliniken zum geplanten Ausbau der ambulanten Versorgung identifiziert mögliche Ansprechpartner. Denen kann dann aufgezeigt werden, wie Rahmenbedingungen des GBA hinsichtlich der Heilmittelversorgung schnell und ohne internen Stellenzuwachs umgesetzt werden können: durch Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten. *bu*

Service: Interessierte können den Beschluss des GBA bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos abfordern oder im Internet (www.g-ba.de) downloaden.

Studie des Lübecker Instituts für Sozialmedizin offenbart Marktchancen

Alternativmedizin auf dem Vormarsch

Therapeuten, die auf alternativmedizinische Angebote setzen, können besonders in Städten mit einer positiven Patientenresonanz rechnen. Merkmale ihrer Zielgruppe: Die Patienten sind im mittleren Lebensalter und verfügen über einen gewissen Bildungsgrad; bei der Behandlung setzen sie meist noch auf ärztliche Betreuung, schalten aber schon häufiger Heilpraktiker ein als Hausärzte.

Eine jetzt veröffentliche Studie des Lübecker Instituts für Sozialmedizin zeigt auch, dass Frauen empfänglicher für alternativmedizinische Angebote sind als Männer. An der Befragung hatten 1.001 Lübecker Bürger teilgenommen. Von ihnen hatten 42 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten ein complementärmedizinisches Verfahren (CAM) angewandt, jeder achte sogar drei bis fünf Methoden.

Freunde und Bekannte sind die primäre Informationsquelle für Kunden, die sich für Alternativmedizin interessieren.

Die behandelnden Anbieter waren meistens Fachärzte (43 Prozent), gefolgt von Heilpraktikern (23 Prozent) und Hausärzten (22 Prozent). Heilmittelpraxen, die in diesem Bereich aktiv werden, können sich auf eine große Aufgeschlossenheit der Patienten einstellen. Denn von den Befragten, die noch keine Erfahrungen mit CAM haben, schließen nur 17 Prozent eine Anwendung grundsätzlich aus. Die Nutzer geben als häufigste Behandlungsanlässe chronischen Schmerz, Kreislaufprobleme und Erkältungskrankheiten an.

Weitere Gründe sind psychologische Probleme, eingeschränktes Wohlbefinden, Allergien und Hauterkrankungen. CAM wünschen die Patienten meist, weil sie Medikamente vermeiden wollen und weil ihr Arzt dies empfiehlt.

Die behandelnden Anbieter setzen meist Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie und Yoga ein. Seltener wurden Bachblütentherapie, Traditionelle Chinesische Medizin und Bioresonanz genannt. Interessant ist, dass viele Nutzer bei CAM in erster Linie auf Freunde und Familie als Informationsquelle setzen. Es folgen Ärzte, Medien und Heilpraktiker. 37 Prozent der Befragten gab an, dass sich ihre Einstellung zu CAM durch die praktische Erfahrung positiv verändert hatte, nur bei rund vier Prozent gab es hier eine Verschlechterung.

di

Private Krankenversicherer wollen in das Vertragsgeschäft einsteigen

Insolvenzrecht kein Problem für Praxisinhaber

Das ab 2010 geltende neue Insolvenzrecht für Krankenkassen ist seit Monaten immer wieder in den Schlagzeilen. Das Risiko für Therapeuten, aufgrund der Pleite einer gesetzlichen Kasse auf offenen Forderungen sitzen zu bleiben, ist jedoch nach wie vor gering.

Das erweiterte Insolvenzrecht ist Hauptbestandteil des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Danach können künftig auch Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) und regionale Versicherungen insolvent werden. Bislang waren nur Kassen unter bundesweiter Aufsicht wie etwa die Techniker Krankenkasse, die DAK oder die Barmer insolvenzfähig. Für Kassen unter Länderaufsicht haften dagegen bislang noch die jeweiligen Bundesländer. Diese Ungleichbehandlung wird nun aufgehoben.

Um Kassen vor einer Pleite zu bewahren, sind einige Schutzmaßnahmen getroffen worden. So sollen zum Beispiel die AOK untereinander Verträge über Finanzhilfen abschließen können. Notfalls soll es auch finanzielle Hilfen aller im Spitzenverband Bund organisierten Kassen geben, um Fusionen zu fördern. Kommt es dennoch zur Pleite, haften zuerst die übrigen Kassen der jeweiligen Kassenart, dann die gesamte gesetzliche Krankenversicherung für die Forderungen der Leistungserbringer. Das Risiko, seine Leistungen nicht bezahlt zu bekommen, ist also auch nach Inkrafttreten des Gesetzes gering.

Änderungen gibt es auch bei Vorschriften über die Ausschreibung von Hilfsmitteln. Diese ursprünglich als verpflichtend für die Kassen vorgesehene Regelung soll noch in eine Kann-Regelung geändert werden. Zuvor hatte ein Bündnis aus Hilfsmittelherstellern, Selbsthilfevereinigungen und Versorgungspartnern die verpflichtende Ausschreibung massiv kritisiert, weil damit das Recht der Versicherten auf Mitsprache bei der Hilfsmittelversorgung massiv eingeschränkt wird. *di*

Im Vorfeld des Gesundheitsfonds

KKH und BKK Allianz wollen fusionieren

Noch eine Krankenkassenfusion: Die Kaufmännische Krankenkasse – KKH, viertgrößte bundesweite Krankenkasse, und die Betriebskrankenkasse der Allianz Gesellschaften – BKK Allianz – planen Anfang 2009 zu fusionieren.

Vor dem Hintergrund eines sich verschärfenden Wettbewerbs wollen die gesetzlichen Krankenversicherer mit diesem Schritt ihren Marktanteil sichern und ausbauen. Die neue Kasse soll KKH I Allianz heißen. Die Allianz Private Krankenversicherung wird exklusiver Produktpartner für die private Zusatzversicherung. *pm/bu*

Heilmittelerbringer werden zum wiederholten Male von Krankenkassen belehrt

AOK Hessen auf Konfrontationskurs

Die AOK Hessen erzürnt Heilmittelerbringer mit einem „Informationsbrief“ zur Abrechnungs- und Genehmigungspflicht. Darin interpretiert die AOK die Versorgungsverträge und geltendes Recht nach eigenem Belieben. Der Inhalt des Briefes ist für Leistungserbringer nichts Neues – nur immer noch teilweise falsch und obendrein schlecht erklärt!

Die AOK Hessen musste sich vom Bundessozialgericht (BSG) bereits im November 2007 erklären lassen, wie Rahmenvertrag und Heilmittelkatalog zu verstehen sind. Das hindert die verantwortlichen Mitarbeiter offensichtlich nicht daran, jetzt erneut die Vertragssituation so auszulegen, dass den Therapeuten erhebliche Prüfpflichten zukommen.

Viel besser erklärt wird die Rechtslage in dem Urteil des BSG, das im Schreiben der AOK sogar zitiert wird. Dort ist ziemlich klar geregelt, was ein Heilmittelerbringer machen muss und was nicht. Die streckenweise falsche Interpretation dieses Urteils durch die AOK Hessen ist mehr als überflüssig und sollte die Praxisinhaber nicht beunruhigen!

bu

Service: Das BSG-Urteil vom November 2007 und unseren damaligen Bericht zur vermeintlichen Prüfpflicht der Therapeuten können Sie bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos abrufen! Außerdem haben wir alle Widerspruchsschreiben gegen Rechnungskürzungen an die aktuelle Rechtslage angepasst. Diese Musterbriefe im Wordformat sind ebenfalls kostenlos bei der Hotline abrufbar.

Therapeuten müssen die Kosten für elektronische Ausweise selbst übernehmen

Berufsausweise für Therapeuten ab 2011

Rund 1,5 Millionen Menschen aus unterschiedlichsten nicht ärztlichen Gesundheitsberufen warten auf ihre elektronischen Berufsausweise. Viele von ihnen werden auf den Ausweis schon deshalb nicht verzichten können, weil sie auf Daten der elektronischen Gesundheitskarte zugreifen müssen. Kosten für die Ausweise müssen selbst getragen werden.

„Ohne die elektronischen Ausweise droht eine Gefahr für die Existenz, wenn flächendeckend mit der eGK gearbeitet wird“, sagte Brigitte Schmidt-Jähn aus dem saarländischen Gesundheitsministerium auf der jüngsten ehealth Conference in Kiel. Verbände aus den nicht verkammerten Gesundheitsfachberufen drängen bereits auf eine zügige Ausstellung der elektronischen Berufsausweise, um Nachteile für ihre Mitglieder bei einem flächendeckenden Einsatz der eGk zu verhindern. Schmidt-Jähn gab in Kiel Einblicke in die zu erwartenden Zeitabläufe, bis nach ihrer Einschätzung frühestens im Jahr 2011 die ersten elektronischen Ausweise an die Gesundheitsfachberufe ausgegeben werden können.

Standort für neue Behörde noch unbekannt

Denn noch steht gar nicht fest, wo die zentrale Institution zur Ausgabe der Ausweise, das so genannte elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR), angesiedelt sein wird. Im Rennen sind nach ihren Angaben noch Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die Einrichtung wird dann der Rechtsaufsicht und der Datenschutzüberwachung des Sitzlandes unterliegen. Derzeit arbeiten die Amtschefs der Länderministerien noch an offenen Sachfragen. Das eGBR wird dann hoheitliche Aufgaben der Bundesländer übernehmen, wofür allerdings ein Staatsvertrag notwendig ist, der

So oder ähnlich wird der spätere Heilmittelausweis aussehen.

wiederum von den Länderparlamenten ratifiziert werden muss. Die werden dann verpflichtet, das eGBR bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen und die erforderlichen Daten in elektronischer Form zu übermitteln.

Ausweise müssen regelmäßig erneuert werden

Geplant sind kostendeckende Entgelte – das heißt, dass Therapeuten die Kosten für die Ausweise selbst tragen müssen. Schmidt-Jähn erwartet, dass die Kosten bei rund 100 Euro je Ausweis liegen werden. Die Ausweise müssen regelmäßig erneuert werden. Um die unterschiedlichen Anforderungen der zahlreich betroffenen Berufe besser vertreten zu können, hatte sich Anfang des Jahres eine Interessengemeinschaft eGBR gegründet (wir berichteten).

di

Weitergehende Informationen hat der Deutsche Pflegerat in einer Datei zusammengestellt, die Sie bei der Hotline kostenlos abfragen können.

Excellentes Material für die praxisinterne Produktentwicklung

Betriebliche Gesundheitsförderung für Ältere

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) stellt mit ihrem neuen Report 15 „Gesund älter werden und arbeitsfähig bleiben“ Empfehlungen aus der Erwachsenenbildung für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) vor. Für Heilmittelerbringer eignet sich das Material hervorragend als Anregung für die Gestaltung von eigenen BGF-Angeboten...

Die Rente mit 67 wird wohl nicht das letzte Wort sein. Die Lebensarbeitszeiten werden sich weiter verlängern. Immer weniger junge Fachkräfte werden in den kommenden Jahrzehnten dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, die Belegschaften in den Betrieben insgesamt immer älter werden. Als Konsequenz kommt es in Zukunft noch mehr darauf an, Arbeitsplätze gesund und sicher zu gestalten und damit zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit bis ins hohe Beschäftigtenalter beizutragen.

Der Fokus des neuen Reports der IGA liegt auf Inhalten, Methoden und Konzepten, die speziell die Kompetenzen und Vermittlungsbedürfnisse älterer Arbeitnehmer zum Thema Gesundheit berücksichtigen. Einen Schwerpunkt des Reports bildet „die Stärkung individueller gesundheitlicher Ressourcen hinsichtlich körperlicher und psychosozialer Belastungen durch betriebliche Gesundheitsförderung“. Neben den Empfehlungen und Informationen zur Verhaltensprävention enthält der Report zwei Checklisten, die in der Praxis behilflich sein sollen, bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Bewegungs- und Stressbewältigungsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung besonders bei älteren Beschäftigten. *pm*

Service: Der IGA-Report 15 und die Checklisten für Betriebe und Trainer sowie Kursleitende können bei der praxiswissen24-Hotline angefordert werden oder stehen unter www.iga-info.de für alle Interessierten im PDF-Format als Download bereit.

Sprachheilpädagogen und Logopäden beschweren sich beim VdAk

Seit sieben Jahren keine Honorarerhöhung

In einem Brief an den Vorstand des VdAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.) beschweren sich die drei großen Verbände der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten über die schlechten Honorare, die VdAK-Mitgliedskassen bezahlen..

Drei Verbände schreiben einen Brief: Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) und Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. formulieren gemeinsam ihr Unbehagen über die Honorarsituation. Danach liegen die aktuellen Honorarsätze der VdAK zum Teil mehr als 20 Prozent unter denen der Primärkassen. Dieses Preisdumping sei für ihre Mitglieder nicht mehr zu verkraften, stellen die Verbände fest. Seit der letzten VdAK-Honorarerhöhung hätten die Praxisinhaber allein 18 Prozent Inflationsrate kompensieren müssen. Jetzt wäre es an der Zeit, endlich konstruktiv zu verhandeln.

Wie lange werden Logopäden z. B. Behandlungsberichte außerhalb der Therapiezeit schreiben ohne dafür bezahlt zu werden?

Die Verbände halten es für wenig nachvollziehbar, dass für 45 Minuten Ergotherapie 33,61 Euro, für 45 Minuten Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie aber nur 29,86 Euro gezahlt werden.

Eine Antwort steht noch aus! Man darf gespannt sein, inwieweit die immer stärker werdenden Krankenkassen ihre Marktmacht nutzen, um zum Beispiel auch die Preise der Leistungserbringer zu drücken.

pm/bu

Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt bessere Neugeborenen-Versorgung

Hörscreening wird GKV-Leistung

Im Rahmen der Früherkennungsmaßnahmen für Kinder wird es künftig auch eine Untersuchung auf Hörstörungen bei Neugeborenen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung geben.

Das beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im September in Berlin. Hintergrund der Entscheidung ist die Tatsache, dass in Deutschland etwa eines von 1.000 Kindern mit einer beidseitigen Hörstörung geboren wird. Bleibt diese Schädigung unentdeckt und wird deshalb nicht frühzeitig behandelt, kommt es vor allem auch zu Störungen der Sprachentwicklung.

Der Beschluss des G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt voraussichtlich am 1. Januar 2009 in Kraft. *pm*

Kommender Gesundheitsfonds verändert Marktmacht

Mehr Krankenkassenfusionen

Die Landschaft der Krankenkassen wird sich deutlich verändern. Therapeuten müssen damit rechnen, dass ihre Verträge künftig mit weniger Kassen abgeschlossen werden als bislang – besonders kleinen Krankenkassen droht das Aus.

Die Zahl möglicher Vertragspartner sinkt, die Verhandlungsmacht der verbleibenden Kassen steigt – diese Entwicklung zeichnet sich schon Monate vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds ab. Aktuelles Beispiel ist die IKK direkt, die im neuen Jahr in der Techniker Krankenkasse aufgehen wird. Die TK wird mit dann 7,1 Millionen Versicherten zur größten Krankenkasse in Deutschland. Insider erwarten weitere Zusammenschlüsse, weil kleine Kassen künftig leichter in finanzielle Schwierigkeiten geraten könnten. Auch die zahlreichen Aufgaben wie etwa das Aushandeln von Selektivverträgen mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern überfordern kleine Kassen leicht. Therapeuten müssen sich also künftig auf stärkere Verhandlungspartner einstellen. Hierin liegt aber auch eine Chance: Wer sich mit einer großen Kasse einigt, bekommt eine größere Zahl von Patienten.

Wer von den Krankenkassen überlebt, ist schwer vorherzusagen. Der Vorsitzende der IKK direkt, Ralf Hermes (künftig Vorstand der TK) erwartet für die AOK und die großen Ersatzkassen keine Probleme. Speziell den Kassen im IKK- und im BKK-System aber empfiehlt Hermes, sich nach Partnern umzuschauen.

Dass er die 800.000 Versicherten der IKK direkt in die TK führt, begründet Hermes mit den geänderten Rahmenbedingungen. Wettbewerbsvorteil der Innungskasse war der niedrige Beitragssatz – ab 2009 aber ist dieser einheitlich. Den entgangenen Wettbewerbsvorteil hofft er über die TK durch ein anderes Merkmal ausgleichen zu können: „Die TK ist eine Qualitätsmarke. Unsere Mitglieder können nach der Fusion zwar nicht mehr den niedrigsten Beitragssatz, aber hohe Qualität und Service erwarten“, sagte Hermes.

di

Schleswig-Holsteiner Heilberufetag stellt kritische Fragen zu den Folgen der Reform

Warnung vor Ökonomisierung

Sie befürchten eine ungebremste Marktmacht von Konzernen, aber auch zu viel Regulierung durch den Gesetzgeber: Heilberufe sehen sich in der Zwickmühle zwischen Markt und Staat im Gesundheitswesen. Auf dem schleswig-holsteinischen Heilberufetag am 1. Oktober in Kiel haben Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Psychotherapeuten vor den Folgen der Ökonomisierung in der Branche gewarnt – wollen zugleich aber nicht nach dem Staat rufen.

Die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland, bislang eine Domäne selbstständiger Freiberufler, erfährt einen tief greifenden Wandel: Kleine Praxen erhalten Konkurrenz von Konzernen, McZahn und andere Anbieter wollen Franchiseketten in der zahnärztlichen Versorgung etablieren, Drogeriemärkte Medikamente abgeben und Klinikkonzerne ambulante Versorgungszentren betreiben.

Diese Entwicklung hat Auswirkungen auch auf Therapeuten. Wo Versorgungszentren mit angestellten Mitarbeitern entstehen, müssen Therapeuten reagieren. Ein Beispiel ist das Medicum in Hamburg, das sich mit 50 Angestellten auf eine Rundum-Versorgung von Diabetespatienten spezialisiert hat. Eine Podologin ist hier angestellt, eine Zusammenarbeit mit Therapiepraxen ist nicht vorgesehen. Wer schon bei der Entstehung solcher Zentren als Praxisinhaber frühzeitig das Gespräch mit den Verantwortlichen sucht, kann zu Kooperationsvereinbarungen kommen. Hier könnte es von Vorteil sein, wenn die MVZ-Betreiber wie im Falle des Medicum selbstständige Heilberufler sind – das Medicum wird von einer Ärzte-GbR betrieben.

Oft genug fühlen sich die Ärzte aber selbst machtlos, weil es große Konzerne sind, die in die ambulante Versorgung drängen. Die Heilberufe wollen jetzt reagieren, indem sie öffentlich auf die Folgen der Ökonomisierung aufmerksam machen. Am Beispiel MVZ warnen die Heilberufe im Norden:

- Mehrere Praxissitze werden innerhalb des Zulassungsbezirks in einem MVZ zentralisiert. Für Patienten heißt das: Ihr gewohnter Praxissitz wird verlegt, der Weg zum Arzt kann sich damit verlängern.
- Die zuweisenden Ärzte arbeiten nicht mehr so unabhängig wie die selbstständigen Praxisinhaber. Klinikkonzerne machen keinen Hehl daraus, dass ihre MVZ die Einweisungen in ihre Krankenhäuser sichern sollen. Für Patienten heißt das: Sie können nicht sicher sein, dass sie in eine Klinik eingewiesen werden, weil sie dort die beste Qualität erwartet.
- Selbstständige Praxisinhaber richten sich nicht nach der Stechuhr, sondern beachten bei ihren Sprechstunden die Nachfrage. Die im Klinik-MVZ angestellten Ärzte dagegen haben feste Arbeitszeiten. Für Patienten heißt das: Sie müssen befürchten, dass das Angebot eingeschränkt wird – besonders auf dem Land.

Niedergelassene Therapeuten und Ärzte fühlen sich zunehmend machtlos gegenüber Ketten und gewerblichen Investoren.

Die Heilberufe warnen die Konzerne vor einer „Rosinenpickerei“ und geben zu bedenken: Das eigenverantwortliche Handeln von Heilberufen ist gefährdet – und damit eine Versorgung, die unsere Patienten seit Jahrzehnten schätzen. Die höchste Effizienz und damit den höchsten Nutzen für die Patienten sehen sie in einer ungehinderten und eigenverantwortlichen Ausübung ihrer Berufe. Um das zu erreichen, forcieren die Heilberufler derzeit in vielen Regionen die Zusammenarbeit, um ein Gegengewicht zum Aufkauf von Zulassungen durch branchenfremde Investoren zu schaffen. *di*

Honorarerhöhung sorgt nicht für mehr Zufriedenheit

Niedergelassene Ärzte weiterhin pessimistisch

Die Stimmung unter den niedergelassenen Medizinern in Deutschland bleibt schlecht. Der halbjährlich ermittelte Medizinklimaindex (MKI) liegt bei minus 16,8 und zeigt, dass der ausgehandelte Honorarzuwachs der Ärzte nicht dazu beiträgt, die Erwartungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Lage der Praxen zu heben.

Zwar fällt der Wert im Vergleich zum Frühjahr (minus 23,9) schon deutlich besser aus. Doch die nach wie vor pessimistische Stimmung unter den Praxisinhabern wird damit bestätigt. Für Therapeuten ist wichtig, dass sich die niedergelassenen Ärzte, also die Verordner, in der befragten Gruppe mit minus 17,6 als die größten Pessimisten erweisen. Der MKI der Zahnärzte liegt bei minus 15,2. Die psychologischen Psychotherapeuten sind mit minus zehn am optimistischsten.

Den Medizinklimaindex errechnet die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (GGMA) im Auftrag der Hamburger Stiftung Gesundheit. Aus einem repräsentativen Sample von 593 Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten hat die GGMA die Antworten von 226 Befragten ausgewertet. Danach ist jeder zweite befragte Praxisinhaber mit seiner aktuellen wirtschaftlichen Lage zwar zufrieden, aber ein Drittel der Praxisinhaber bezeichnet die eigene wirtschaftliche Lage als schlecht. Hinzu kommt, dass ein Drittel mit einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage rechnet. Nur zwölf Prozent der Praxisinhaber rechnen mit einer Verbesserung.

Im Vergleich mit den anderen Branchen haben die Mediziner ihre Vorreiterrolle allerdings abgegeben: Vor einem halben Jahr waren sie noch unangefochten Spitzenreiter auf der Skala der Pessimisten. Inzwischen ist die Stimmung im Einzelhandel und im Bauhauptgewerbe noch schlechter.

di

Private Krankenversicherer wollen in das Vertragsgeschäft einsteigen

Gute Leistungen künftig besser bezahlen

Die privaten Krankenversicherer entdecken das Thema Qualität – und wollen mehr Einfluss auf das Versorgungsgeschäft nehmen. Beim Abschluss von Versorgungsverträgen wollen die Versicherer nicht mehr mit jedem Therapeuten oder Arzt abschließen müssen, sondern Auswahl und Druckmittel an die Hand bekommen.

„Es muss mittelfristig kein Therapeut befürchten, dass er durchs Rost fällt“, beruhigt PKV-Pressesprecher Stephan Caspary auf Anfrage von praxiswissen24. Klar ist aber: Die privaten Krankenversicherer würden gerne stärker differenzieren bei der Vertragsgestaltung. „Gute Leistungen besser bezahlen, schlechte Leistungen weniger gut“ – mit dieser griffigen Formel bringt Caspary auf den Punkt, wohin die Versicherer tendieren.

Das Versorgungsgeschäft wird interessant

Feste Beitragstarife zwingen die Krankenkassen zu einem Wettbewerb um die Qualität der Versorgung.

PKV-Verbandsgeschäftsführer Volker Leienbach hat zuvor auf einem Kongress die Begründung geliefert: „Die Versicherer werden in das Versorgungsgeschäft mit einsteigen müssen, weil die Versicherten das von ihnen erwarten.“ Damit streben die privaten Unternehmen in die gleiche Richtung wie die gesetzlichen Krankenkassen, die ebenfalls eine stärkere Differenzierung anstreben. Insbesondere vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds, der den gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Beitragssatz beschert, suchen die Kassenmanager nach Unterscheidungsmerkmalen. Weil der Preis bzw. Beitragssatz dies nicht mehr sein kann, entdecken sie das Thema Qualität und Versorgung.

Wie weit die privaten Versicherer bei ihrem Einfluss auf die Versorgung gehen werden, ist nach Auskunft Casparys von der Nachfrage der Versicherten, aber auch von der Strategie des jeweiligen Versicherungsunternehmens abhängig.

Keine Verträge mit Einzelpraxen

Fest steht für ihn aber, dass die Versicherer schon aus organisatorischen Gründen kaum Vereinbarungen mit einzelnen Therapeuten und Ärzten eingehen werden.

Netzwerke dagegen, die den Qualitätsvorstellungen des Versicherers entsprechen, hätten bessere Chancen. Wie weit sich Therapeuten dabei auf die Vorstellungen des Vertragspartners einlassen müssen, bleibt offen. Caspary versichert: „Wir sind weit davon entfernt, einzelnen Therapeuten vorzuschreiben, wie sie ihre Praxis führen sollen. Das können und wollen wir nicht diktieren.“ *di*

Ganz konkret: Wenn jetzt auch die Pivaten Krankenversicherer ernsthaft erwägen mit Praxisnetzwerken Versorgungsverträge abzuschließen, dann wird es für die meisten Praxen höchste Zeit, darüber nachzudenken, wie gut vernetzt die eigene Praxis ist.
Bisher haben Praxisinhaber oft kooperiert, um gemeinsam erkannte Defizite aufzuarbeiten. Die aktuelle Entwicklung des Gesundheitsmarktes zwingt aber verstärkt dazu in Kooperationen neue Produkte bzw. Geschäftsmodelle zu entwickeln. Beispiele dafür gibt es für verschiedene Krankheitsbilder, z.B. Intensivversorgung von Schlaganfallpatienten. Interessierte Kooperationspartner erfragen Unterstützung bei der Neuentwicklung von Produkten und Geschäfsmodellen bei der Hotline.

Techniker Krankenkasse eröffnet zweites Atrio Med-MVZ in Hamburg

Niedergelassene Therapeuten als Partner

Physiotherapiepraxen sollen als Kooperationspartner der bundesweit im Aufbau befindlichen MVZ-Kette Atrio-Med eng mit den dort angestellten Fachärzten zusammen arbeiten. Die Techniker Krankenkasse (TK), die die MVZ-Kette unterstützt, sieht die kooperierenden Praxen auch als potenzielle Partner für Verträge zur integrierten Versorgung.

Das Atrio-Med ist eine MVZ-Kette des Investors Andreas Heyer, der über sein Unternehmen Health-Care Managers GmbH bis Ende kommenden Jahres zehn Versorgungszentren unter diesem Namen in deutschen Großstädten eröffnen will. Erste Erfahrungen hat er mit dem Atrio-Med in Köln gesammelt, Hamburg ist der zweite Standort. Folgen sollen nun Berlin und Leipzig. Das Konzept ist an jedem Standort gleich: Angestellte Fachärzte aus den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie, Gynäkologie, Neurologie, Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie und anderen Fachrichtungen arbeiten unter einem Dach zusammen und greifen auf eine Patientenakte zu. So soll den Versicherten eine aufeinander abgestimmte Versorgung ohne Doppeluntersuchungen geboten werden, mit möglichst kurzen Wartezeiten und hohem Service.

TK-Versicherte bevorzugt

TK-Versicherte werden bevorzugt behandelt, für sie gibt es auch getrennte Wartezonen. Die Krankenkasse zahlt dem Investor, der pro Standort zwischen fünf und sechs Millionen Euro für den Aufbau des Zentrums zahlt, eine behandlungsunabhängige Pauschale. Um den Patienten auch außerhalb des Zentrums eine abgestimmte Versorgung bieten zu können, ist der Betreiber an einer engen Zusammenarbeit mit Therapeuten interessiert. „Für solche Praxen könnte das Atrio-Med auch Empfehlungen aussprechen, allerdings bleibt der Patient frei in seiner Entscheidung“, sagte Hamburgs TK-Chefin Angelika Schwabe am Rande der Eröffnung des Atrio-Med in Hamburg. Verbindliche Kooperationsverträge etwa für eine bestimmte Patientenzahl wird es nicht geben. Wer aber mit dem Atrio-Med kooperiert, kann auf eine höhere Patientenzahl hoffen. Profitieren könnten die kooperierenden Praxen nach Schwabes Ansicht auch, weil ihre Kasse diese Praxen als mögliche Partner für Verträge zur integrierten Versorgung ins Auge fasst: „Therapeuten, die eng mit dem Atrio-Med kooperieren, können auch unsere Partner in der integrierten Versorgung werden.“

MVZ ist keine Konkurrenz

Wie gut die Patienten das Angebot im Atrio-Med annehmen, dürfte auch von der Resonanz unter den zuweisenden Hausärzten abhängen. Die TK betont deshalb, dass sie das Atrio-Med nicht als Konkurrenz, sondern als ergänzendes Angebot zu den Arztpraxen begreift. Unter den Hausärzten in Hamburg will Schwabe eine hohe Aufgeschlossenheit für das Versorgungszentrum beobachtet haben.

KV Hamburg wirft der Techniker Krankenkasse „Rosinenpickerei“ vor.

Die Kassenärztliche Vereinigung in der Hansestadt ist dagegen nicht gut auf die TK zu sprechen. Die Körperschaft ist verärgert, weil der Betreiber die für das MVZ notwendigen Kassenarztzulassungen in der ganzen Stadt aufkauft. Folge: In manchen Stadtteilen wird ärztliche Versorgung zu Gunsten des MVZ-Standortes abgezogen. Das MVZ aber steht in der ohnehin gut versorgten Stadtmitte. Die KV bezeichnete Atrio-Med in Hamburg deshalb als „nicht willkommen“.

di

Hohe Benzinkosten machen Fahrten zum Patienten teuer

Hausbesuche in der Kostenfalle

Hausbesuche sind aufgrund der niedrigen Fahrtkostenerstattungen durch die Krankenkassen für die meisten Praxen ein Verlustgeschäft. Unter 1.800 Neuwagen finden sich lediglich 46 Modelle, die es möglich machen, kostendeckend zum Hausbesuch zu fahren.

Der ADAC veröffentlicht Jahr für Jahr die Autokosten für mehr als 1.800 Neuwagenmodelle. Dabei werden alle Kosten, also Wertverlust, Betriebskosten, Versicherungen, Steuern sowie Werkstatt- und Reifenkosten in die Berechnung aufgenommen. Im Ergebnis kann man für jeden Neuwagen die Kosten je Kilometer in Cent ablesen.

Der durchschnittliche Fahrtkostenersatz für Heilmittelerbringer beträgt bundesweit etwa 30 Cent je gefahrenen Kilometer. Man muss in der ADAC-Liste also lediglich nach Fahrzeugen suchen, deren Kosten je Kilometer unterhalb dieser 30 Cent Marke sind. Da finden sich auf der aktuellen Autokostenliste nur 46 Modelle, immer die jeweils allerkleinsten Autos, die ein Hersteller zu bieten hat.

Hausbesuche kann man also nur mit Gebrauchtwagen fahren, oder Praxisinhaber delegieren die Hausbesuche an (freie) Mitarbeiter, die sich selbst um ihre Fahrtkosten kümmern müssen.

Zumindest bei Privatpatienten ist die Anhebung der Kilometergelder notwendig.

Bei Privatpatienten sollten auf jeden Fall die Fahrtkostenpauschalen angehoben werden. Hier hilft als Vergleich ein Blick zu den niedergelassenen Ärzten. Nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts erhalten sie von den gesetzlichen Krankenkassen zurzeit zwischen 60 Cent und 1,23 Euro je Kilometer oder Pauschalen von 3,20 bis maximal 13,20 Euro für die Fahrt zu einem Hausbesuch.

bu

Service: Eine Liste der KFZ-Modelle, mit denen man noch kostendeckend Hausbesuche machen kann, erhalten Sie kostenlos über die Hotline.

Outsourcing verdoppelt Anzahl der Arbeitsplätze in der Physiotherapie

Kreiskrankenhaus geht unternehmerische Wege

Das Kreiskrankenhaus Mechernich in Nordrhein-Westfalen hat seine physikalische Abteilung komplett ausgelagert. Seit drei Jahren ist die Physiotherapiepraxis pro medik concept GmbH & Co. KG für die stationäre und ambulante Versorgung der Patienten zuständig.

„Ein selbstständiger Unternehmer denkt ganz anders als ein Angestellter ...“

413 Betten, 950 Mitarbeiter, 40 Millionen Euro Umsatzvolumen im Jahr. Das Kreiskrankenhaus Mechernich (KKH Mechernich) in Nordrhein-Westfalen ist nicht nur ein großes Krankenhaus. Es ist auch ein erfolgreiches Unternehmen. Das liegt auch an seinen innovativen Methoden: Seit 1999 betreibt das KKH konsequent Outsourcing. Das heißt, bisher intern erbrachte Leistungen werden nun von einer externen Praxis in Räumen des Krankenhauses erbracht. Geschäftsführer Dr. Hans Rossels erklärt den Grund: „Wenn wir eine große starke Praxis im Haus haben, dann haben wir ein sehr großes ambulantes Fenster. Die Praxen arbeiten ja nicht nur für uns, sondern beteiligen sich ganz normal an der ambulanten Versorgung. Also ziehen wir viele Menschen auf das Gelände. Die lernen das Haus kennen und wenn sie zufrieden sind, haben wir große Chancen, dass diese Patienten dann auch bei Bedarf das KKH Mechernich wählen.“

Neue Räume – neue Praxis

Ende 2004 wurden im Krankenhaus neue und moderne Räume für die Physiotherapie fertig gestellt. Rossels wollte diese Voraussetzungen optimal nutzen: „Ich habe mir gedacht, jetzt haben wir so eine tolle physiotherapeutische Abteilung, da muss jetzt auch Leben rein.“ Fitnessraum, Bewegungsbad, Wellnessangebote, Präventionskurse. Eben ein modernes ambulantes Zentrum, das stationäre und ambulante Therapie vereint. Dass diese Vorstellung nicht mit einer eigenen physikalischen Abteilung zu leisten ist, war Dr. Rossels sofort klar: „Ob Arzt oder Therapeut, ein selbständiger Unternehmer denkt ganz anders als ein Angestellter. Er ist bereit, auch bis spät abends oder am Wochenende zu arbeiten, will immer neue Angebote machen. Schließlich muss er sich immer wieder im Wettbewerb behaupten.“ Gedacht, getan. Das Projekt wurde europaweit ausgeschrieben. Den Zuschlag bekam Diederik Pauwels, Physiotherapeut und Geschäftsführer der pro medik GmbH. Der 47jährige hatte bereits Erfahrung mit der Kooperation von Krankenhäusern und ambulanter Therapie.

„Leben einhauchen“ musste der neue Betreiber der Physiotherapieabteilung am KKH Mechernich.

Langfristiger Vertrag bietet Sicherheit

Rossels und Pauwels setzten sich zusammen und tüftelten einen Vertrag aus. Die Eckdaten: pro medik concept mietet die neuen Räume vom Krankenhaus an. Das KKH Mechernich sichert der Praxis ein jährliches Budget für alle stationär erbrachten Einzelleistungen zu und erbringt damit eine finanzielle Sicherheit. Die Praxis übernimmt alle Mitarbeiter der physikalischen Abteilung zu den üblichen tariflichen Rechten. 15 Jahre Laufzeit und viel Platz für kreative Entfaltung. Damit war die Physiotherapie outgesourced.

Am 01.01.2005 begann Pauwels, den Räumlichkeiten des KKH Mechernich „Leben einzuhauchen“. „Die Patienten waren ja schon da. Wir mussten vor allem das ambulante Standbein aufbauen, denn da gab es bisher noch gar nichts“, erklärt Pauwels. Ziel war, stationäre Patienten nach der Entlassung ambulant weiterzuversorgen. Ein Qualitätsmerkmal von Krankenhaus und Praxis gleichermaßen. Mit dem Bewegungsbad und einem großen Fitnessraum konnte Pauwels neue ambulante Patienten aus der Region für sich gewinnen. Selbstzahlerangebote im Wellness- und Präventionsbereich wurden schnell in Anspruch genommen. „Die Kassenleistung ist eigentlich nur eine Basisleistung, die immer kleiner wird. Bei guter Qualität der Leistung und natürlich das entsprechende Ambiente sehen wir eine deutlich steigende Akzeptanz bei den Patienten, die Selbstzahlerleistung zu erbringen“, so Pauwels.

Auch um die Mitarbeiter des Krankenhauses kümmerte sich Pauwels. Gemeinsam mit dem Betriebsrat plante er die betriebliche Gesundheitsförderung. Heraus kamen die kostengünstige Nutzung des Fitnessraumes für alle Mitarbeiter, Rücken- und Fitnesskurse. Stichwort Corporate Identity: „Auch das ist ein wichtiger Punkt. Denn die Physiotherapie ist zwar faktisch ausgelagert, aber die Zusammenarbeit ist doch nach wie vor sehr eng.“

Knapp drei Jahre später hat sich das Team von pro medik von 12 auf 25 fest angestellte Vollzeitkräfte erweitert. Das KKH Mechernich verfügt über ein großes ambulantes therapeutisches Angebot. Zufriedenheit auf beiden Seiten. Outsourcing ist ein Modell, das auch im Gesundheitswesen gut funktioniert. *ko*

Masseurin gewinnt Bremer Gründerpreis 2008 mit Wellnessoase

Das Berufsbild neu erfinden

Jung, dynamisch, erfolgreich. Eigentlich eine Managerfloskel. Aber irgendwie passt die Titulierung zu Katja Zeilhofer. Denn ein bisschen Managerin ist sie schon, auch wenn Masseure meistens nicht mit dem Big Business in Verbindung gebracht werden. Katja Zeilhofer gewann mit ihrem Konzept den Bremer Gründerpreis 2008. Nicht ohne Grund. Ihre Wellnessoase „Badehaus Bremen" schreibt seit dem ersten Jahr schwarze Zahlen.

Pathologischer Optimismus. Davon hat Katja Zeilhofer jede Menge, wie sie von sich selbst behauptet. Ob diese Eigenschaft zwangsläufig als „abnorm" einzustufen ist, sei dahingestellt. Allerdings – die Karriere von Katja Zeilhofer ist nicht sehr „normal". Ihr Lebenslauf ist ungewöhnlich, kreativ, engagiert: Abitur, Studium der Literaturübersetzung, Ausbildung zur Buchhändlerin, freiberufliche Tanzpädagogin, Gründung einer Kindertanzschule, Ausbildung zur klassisch medizinischen Masseurin, Arbeit in einer orthopädischen Klinik, Wechsel in den Wellnessbereich, eigene Massagepraxis, Gründung Badehaus Bremen. Puh. Da muss selbst Zeilhofer kurz Luft holen. Die Masseurin erklärt: „Tanzen ist zwar eine Leidenschaft von mir, aber das kann man rein körperlich nicht das ganze Leben machen."

Katja Zeilhofer hat gut lachen: Ihre Wellnessoase schreibt schwarze Zahlen und sie gewinnt den Gründerpreis!

Umorientierung mit klarer Zielsetzung: „In jedem Fall wollte ich im Körperbereich bleiben und weiter kreativ arbeiten." Ganz leicht war diese Form der Selbstverwirklichung allerdings nicht. Als Zeilhofer 1995 ihre Ausbildung zur medizinischen Masseurin begann, herrschten gesundheitspolitisch unruhige Zeiten. „Der Beruf des Masseurs war und ist noch immer vom Aussterben bedroht", so Zeilhofer. Damit wollte sie sich nicht abfinden. Denn der Beruf ist ihr Traumjob und den will sie nicht so schnell wieder aufgeben. Was also tun? Zeilhofer löste das Problem mit Kreativität: „Ich wollte das Berufsbild neu definieren. Einen Ort schaffen, der für die Zukunft diesen Beruf erhält und auch neu erfindet." Dieser Ort sollte das 3.000 m² große Badehaus im Herzen der Hansestadt Bremen werden. Eröffnungsfeier im Jahr 2005. Orientalisches Hamam, Sauna, Außenbereich, Ruheraum. Drei Mitarbeiter und so ziemlich jede Massage der Welt. Das war das Angebot von Katja Zeilhofer an die zukünftige Kundschaft. Bereits ein Jahr später schrieb das Unternehmen Badehaus schwarze Zahlen. Im Jahr 2008 arbeiten bereits 20 Mitarbeiter im Badehaus. Ein voller Erfolg.

Die Konkurrenz ist groß

Wellnessangebote gibt es in Deutschland wie Sand am Meer. Auch in Bremen. Die Konkurrenz ist also groß. Warum ist das Badehaus so ein großer Erfolg? „Wellness hat heute mehr einen Freizeit- und Unterhaltungswert. Manche Anbieter lernen Massagen und Wellnessanwendungen in einem Wochenendseminar. Das hat nichts mit Therapie oder Prävention zu tun, sondern ist völlig oberflächlich". Das Badehaus dagegen setzt auf Qualität. Wellness vereinbaren mit Therapie, in die Tiefe gehen, präventiv arbeiten. „Physiotherapeuten und Masseure haben einen riesigen Vorteil. Sie haben das medizinische Fachwissen, die therapeutische Erfahrung und können so eine Wellnessbehandlung ganz anders durchführen als jemand, der nicht vom Fach ist." Das kommt an. Der Kunde spürt es im wahrsten Sinne des Wortes „am eigenen Leibe". Kundenbindung durch Qualitätsarbeit. Dann ist selber zahlen auch kein Problem mehr. Zeilhofer arbeitet zwar auch auf Rezept, allerdings sind die Selbstzahlerleistungen die Haupteinnahmequelle. „Ich glaube, dass die Leute allgemein bereit sind, selber zu zahlen. Entscheidend ist, wie professionell das Dienstleistungsangebot ist," sagt Zeilhofer. Und das besteht im Badehaus nicht nur aus Wellnessangeboten. „Der Kunde muss sich im Badehaus wohl fühlen. Dazu gehört auch eine angenehme Atmosphäre durch schöne räumliche Gestaltung". Öko-Strom, umweltverträgliche Produkte, Mitarbeiterbeteiligungen runden das ganzheitliche Betriebskonzept ab.

Dafür wurde Katrin Zeilhofer mit dem Bremer Gründerpreis 2008 ausgezeichnet. Begründung der Jury: Außerordentliches Engagement für den Beruf. „Natürlich ist der Preis auch ein Wirtschaftspreis, was mich besonders freut. Denn normalerweise bekommen solche Preise ja eher IT-Unternehmen", sagt Zeilhofer. Ausnahmen bestätigen eben die Regel. Und so kann auch eine Masseurin zu einer jungen, dynamischen und erfolgreichen Unternehmerin werden mit einer großen Portion pathologischem Optimismus.

ko

Kontaktdaten:
Badehaus Bremen,
Frau Katja Zeilhofer,
Bahnhofstraße 12,
D-28195 Bremen,
Tel.: 0421 - 460 18 69,
Mail: info@badehaus-bremen.de

Die Zukunft der Physiotherapie gehört kleinen und flexiblen Zentren

20 Prozent Selbstzahlerleistungen bei Maxcura

Viele Einzelpraxen werden aussterben! Diese Überzeugung des Mediziners Michael Ehlebracht bezieht sich nicht nur auf seine Berufskollegen, sondern auch auf Physiotherapeuten. Er selbst betreibt das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Maxcura in Hamburg.

Sterben Einzelpraxen aus, wenn sie sich keine Kooperationspartner suchen?

Hamburg-Eppendorf ist der Standort des Universitätskrankenhauses, aber auch zahlreicher Arzt- und Physiotherapeutenpraxen. Viele von ihnen haben sich in Einzelpraxis niedergelassen und können sich über mangelnden Patientenandrang nicht beklagen. Rund 50 physiotherapeutische Praxen hat Ehlebracht im Umkreis gezählt. Er ist davon überzeugt, dass nicht alle von ihnen überleben werden.

Serviceorinetierte Therapeuten

Nach Ansicht des Gründers der Maxcura Physiotherapie und Training GmbH, mit derzeit drei angestellten Physiotherapeuten, gehört kleinen Zentren mit flexiblen und serviceorientierten Angestellten die Zukunft. Ein entscheidender Wettbewerbsvorteil ist nach seinen Erfahrungen, dass sich solche Einrichtungen bei den verordnenden Ärzten besser positionieren können. Bessere Werbemöglichkeiten am Patienten, regelmäßige Fortbildungen für alle Angestellten und deren Konzentration auf die Kerntätigkeit führt er als Vorteile an – denn Physiotherapeuten müssen sich bei ihm nicht noch um Aufgaben wie Buchhaltung kümmern. Hinzu kommt die räumliche Nähe zu Ärzten, die Ehlebracht über seine Versorgungszentren schaffen will. Hier bestehen allerdings noch Hürden – Kassenzulassungen sind wegen der hohen Nachfrage in Hamburg teuer geworden und es ist nicht leicht, Ärzte für die Anstellung in den Zentren zu gewinnen. Dennoch sieht Ehlebracht für Therapeuten wenig andere Möglichkeiten, als sich vom Einzelkämpferdasein zu verabschieden: „Einzelpraxen werden aussterben, wenn sie sich nicht an einen Tisch setzen und größere Einheiten bilden“.

Weiteres Wachstum geplant

Mit Maxcura will Ehlebracht weiter wachsen. Sein Ziel sind weitere Physiotherapeuten am Standort in Eppendorf, aber auch neue Standorte in Hamburg. Bislang hat er gute Erfahrungen in der Hansestadt gesammelt. Rund 20 Prozent des Umsatzes erwirtschaften die Physiotherapeuten bei Maxcura mit Zusatzleistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorsichtig ist er bei der Bewertung von Zukunftschancen großer Zentren. Häuser mit 20 und mehr Arzt- und Therapeutenpraxen unter einem Dach mit wechselnden Behandlern in den Praxen kann er wenig Charme abgewinnen. Ehlebracht ist der Ansicht, dass die Patienten zu große Zentren nicht akzeptieren. Anonyme Versorgungszentren, so seine Überzeugung, können keine Bindung zu den Menschen herstellen.

di

Vorteile von Privatpatienten gehen nicht zulasten der GKV

Argumentationshilfen von der PKV

Akzeptable Preise bei Privatpatienten und Selbstzahlern durchzusetzen, fällt vielen Praxisinhabern immer noch schwer. Denn ein diffuses „schlechtes Gewissen“ wegen des Preisunterschieds zwischen GKV und Privatpreisen blendet oft die Leistungsunterschiede aus. Beim Verkaufen dieser Unterschiede an Mitarbeiter und Patienten hilft der Verband der privaten Krankenversicherungen mit einer netten Argumentationshilfe.

PKV ist budgetfreie Zone!

Unter der Überschrift „Zwei-Klassen-Medizin“ wollen die Autoren der 24-seitigen Broschüre einen Beitrag zur Versachlichung der Debatte über Unterschiede zwischen Privat- und GKV-Patienten leisten. Die Grundüberlegung der Autoren ist nachvollziehbar. Wenn die Leistungen für GKV-Patienten durch gesetzliche Rahmenbedingungen eingeschränkt werden (z.B. durch Budgetierung) entstehen Leistungsunterschiede und zwar ohne, dass die Private Krankenversicherung hier aktiv geworden wäre.

Die PKV sei eben im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung eine budgetfreie Zone, und eben genau darauf würden Leistungsunterschiede beruhen. Falsch sei es, so zu tun, als wenn die Vorteile der PKV zulasten der GKV-Patienten gingen. Und diese These belegen sie dann an folgendem Beispiel: Sie berechnen die Wartezeit eines GKV-Patienten, wenn es die PKV nicht mehr gäbe und vollständig in die GKV integriert würde, im Vergleich zur aktuellen Wartezeit eines GKV-Patienten. Das Ergebnis ist ernüchternd: Statt 15 Tagen durchschnittlicher Wartezeit heute, käme es zu einer um einen Tag kürzeren Wartezeit von 14 Tagen!

Auch wenn dieses Positionspapier der PKV immer wieder verrät, welches politische Ziel die Autoren verfolgen, kann es sich für den einen oder anderen Praxisinhaber lohnen, um mehr Sicherheit bei der Diskussion über Preisunterschiede zu gewinnen.

bu

Service: Das Positionspapier „Zwei-Klassen-Medizin – Behauptungen und Wahrheit. Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion“ gibt es kostenlos bei der Hotline oder im Internet bei der PKV. (www.pkv.de/publikationen/positionspapiere).

Gemeinnützige GmbH bündelt die Arbeit von 70 verschiedenen Fachärzten

Facharztzentren als Kooperationspartner

Niedergelassene Fachärzte schließen sich zu immer größeren Einheiten zusammen. Jüngstes Beispiel ist die neue Facharztklinik in Hamburg. Für Therapeuten bieten sich dort interessante Kooperationsmöglichkeiten.

70 Praxisinhaber, die unter einem Dach operieren: Die Facharztklinik Hamburg ist ein bundesweit in dieser Größenordnung bislang einmaliger Zusammenschluss von Belegärzten. Schwerpunkt des Hauses sind orthopädische und unfallchirurgische Eingriffe. Am 20. Oktober werden in der früheren Hautklinik auf dem Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf (UKE) die ersten Patienten operiert.

Die Facharztklinik ist ein Zusammenschluss von rund 70 operierenden Ärzten, die für das Belegkrankenhaus eine möglichst enge Kooperation mit anderen Berufsgruppen anstreben. Die Nähe zum UKE haben sie gewählt, um bei Komplikationen die Hochleistungsmedizin in der direkten Nachbarschaft zu haben.

Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten

Doch auch mit Physiotherapeuten wollen sie eng zusammenarbeiten. Bislang setzen sie neben den in der Belegklinik angestellten Physiotherapeuten auf Praxisinhaber, die auf Honorarbasis für sie tätig werden, um Spitzen abzudecken. „Wir können uns aber auch eine Zusammenarbeit mit physiotherapeutischen Praxen vorstellen, die sich in den noch freien Flächen der Klinik niederlassen“, sagte der kaufmännische Geschäftsführer Christian Ernst.

Interessant könnte dies für Therapeuten auch werden, weil die Facharztklinik als Partner für Integrationsverträge bei den Krankenkassen sehr beliebt ist. Mit verschiedenen Kassen hat das Haus IV-Verträge u.a. für Knie- und Hüfteingriffe abgeschlossen.

Hohe Personalausstattung

Neu ist die Facharztklinik Hamburg nicht. Die Belegärzte haben ursprünglich an zwei Standorten gearbeitet, bevor 2005 die Fusion erfolgte und damit die Überlegungen, eine neue und modernere Klinik zu bauen. Die Praxen der Gesellschafter finden sich in ganz Hamburg. 30 Prozent der bislang rund 8.000 Patienten im Jahr kommen aus dem Umland. Ernst erwartet, die Patientenzahl am neuen Standort um 20 Prozent erhöhen zu können. Angenehm für Kooperationspartner und Patienten: Die gemeinnützige GmbH darf keine Überschüsse ausschütten, sondern investiert diese in die Klinik. Eine Folge: Die Personalausstattung (derzeit rund 110 Vollzeitkräfte) ist höher als in vergleichbaren Einrichtungen.

Freie Flächen in der Klinik stehen für Therapeuten zur Verfügung.

Ein starkes Plus aus Patientensicht

Das Kooperationskonzept der niedergelassenen Ärzte hat andere Akteure schon neugierig gemacht – Delegationen aus anderen Bundesländern haben sich bereits informiert. Auch UKE-Chef Professor Jörg Debatin ist überzeugt: „Aus Patientensicht gibt es keine Alternative zu Partnerschaften und Netzwerken.“

di

Wissenschaftler gegen arthroskopische Intervention bei Gonarthrose

Arthroskopie nicht besser als Krankengymnastik

Eine aktuelle Studie von Wissenschaftlern der University of Western Ontario (Kanada) zeigt, dass Physiotherapie mindestens genauso effektiv bei der Behandlung von Gonarthrose ist, wie ein arthroskopischer Eingriff. Damit werden die Ergebnisse vergleichbarer Studien bestätigt.

Das renommierte Fachblatt „New England Journal of Medicine“ veröffentlichte in seiner September Ausgabe die Ergebnisse einer Studie, bei der 172 Patienten mit Arthrose im Kniegelenk nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt wurden. Die eine Hälfte erhielt zwölf Wochen lang Schmerzmedikamente und jede Woche 60 Minuten individuelle Physiotherapie. Die andere Hälfte erhielt die gleiche Leistungen, bei ihnen wurde aber zusätzlich eine Arthroskopie durchgeführt.

Anschließend wurden die Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren mit Fragebögen insgesamt fünf mal nach ihrem Zustand befragt. Abgefragt wurden Funktionsbeeinträchtigungen sowie physische und psychische Beschwerden. Zu keinem Zeitpunkt war zwischen den beiden Gruppen ein signifikanter Unterschied auszumachen. Die Autoren kamen zum Schluss, dass die Voraussetzungen für eine Arthoskopie sehr viel strenger als bisher zu überprüfen seien.

Der US amerikanische Berufsverband der Physiotherapeuten (APTA) nimmt die Studie zum Anlass auf seiner Internetseite darauf hinzuweisen, dass bereits eine Studie aus dem Februar 2000 darauf hingewiesen habe, dass manualtherapeutische Intervention und Übungsbegleitung eine Knie OP verzögern bzw. vollkommen überflüssig machen würde. *bu*

Diese Studie gehört in jedes Wartezimmer eines Physiotherapeuten!

Service: Das Abstract der Studie gibt es hier: Kirkley, Alexandra u.a.: A Randomized Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee (New England Journal of Medicine, Vol. 359: 1097-1107, September 11, 2008). Den Artikel der amerikanischen Physiotherapeuten finden Sie auf der Internetseite der APTA: New Research Shows Physical Therapy as Effective as Arthroscopic Knee Surgery

www.nejm.org
www.apta.org

BKK will 50 Qualitätssiegel an Leistungserbringerzentren vergeben

Gesundheit im Zentrum

Ein Kooperationsprojekt der Betriebskrankenkassen eröffnet für Physio- und Ergotherapeuten Chancen zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Wer in einem Haus mit dem BKK-Siegel „Gesundheit im Zentrum" arbeitet, kann außerdem auf Zusatzvergütungen durch Verträge zur integrierten Versorgung hoffen.

Das neue Label vergibt die BKK nur an ausgewählte Ärztehäuser, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Dazu gehört etwa ein bestimmter Mix von ärztlichen Fachgruppen, u.a. sind immer Orthopäden vertreten. Voraussetzung ist auch, dass niedergelassene Ärzte Gesellschafter der Ärztehäuser sind.

Hamburg erhält erstes Siegel

BKK liefert Projektleitfaden als kostenloses Arbeitsmaterial frei Haus.

Als erstes Ärztehaus bekam das Forum Vitalis in Hamburg die Auszeichnung. Auch das zweite Gütesiegel geht Anfang 2009 nach Hamburg. Bundesweit plant die BKK, rund 50 dieser Siegel zu vergeben. Die Betriebskrankenkassen wollen ihren Versicherten damit zeigen, dass diese Häuser eine Versorgung aus einer Hand bieten. Dazu gehören auch Leistungen von Therapeuten. Das Ärztehaus, das Anfang kommenden Jahres das Siegel erhält, wird neben sechs ärztlichen Fachrichtungen auch ein sportmedizinisches Präventionsangebot vorhalten. Ein Physiotherapeut und ein Ergotherapeut werden in das Haus einziehen. Auch das Forum Vitalis wird demnächst ein physiotherapeutisches Angebot erhalten. „Physiotherapie ist zwar nicht Voraussetzung für die Verleihung des Siegels, aber für unsere Versicherten wünschenswert", betont der bei der BKK für „Gesundheit im Zentrum" verantwortliche Bereichsleiter Dirk Janssen. Nach seinen Angaben wird derzeit diskutiert, ob Therapeuten auch Mitglied der Betreibergesellschaft des Hauses werden können.

Therapeuten profitieren

Fest steht für ihn aber, dass alle Seiten durch die Kooperation profitieren. Die Therapeuten können sich nicht nur eng mit den verordnenden Ärzten im Haus abstimmen, sondern dürfen auch auf Zusatzverträge hoffen. „Unser Ziel ist, mit den Leistungsanbietern in den Häusern Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Davon können auch Therapeuten profitieren", sagte Janssen im Gespräch mit Praxiswissen24.

Bei den ersten Gesundheitszentren, die das Siegel erhalten, hilft die Kasse noch bei der Zusammenführung der Leistungsanbieter. Interessierte Zentren können sich aber auch selbst unter info@bkk-nord.de an die BKK wenden und dort einen Projektleitfaden abfordern.

di

Bei Preiserhöhungen sollten Verträge neu geschlossen werden

Fallbeispiel: Präventionsvertrag kündigen

Frage an die praxiswissen24-Hotline: „Ich habe die Preise für Selbstzahlerleistungen erhöht. Jetzt will die Patientin den neuen höheren Preis nicht zahlen, weil sie sich auf den Preis auf dem Präventionsvertrag beruft. Kann Sie das?"

Hinrich Kahlke, Praxisinhaber aus Stuttgart hat ein Problem: Mit einer Patientin hat er vor drei Jahren einen Präventionsvertrag abgeschlossen. Inzwischen sind seine Preise für Präventionsleistung gestiegen. Als seine Patientin nach einer monatelangen Behandlungspause wieder Präventionsleistungen bei ihm kauft, weigerte sie sich anschließend die höheren Preise zu zahlen. Sie begründet das mit dem Hinweis auf den seit drei Jahren bestehenden Vertrag, der ohne Kündigung quasi unendlich lange gültig sei.

Kundin hat Recht

Beispiele für Präventionsverträge mit und ohne Laufzeit schicken wir Ihnen gern kostenlos als Muster zu!

Grundsätzlich hat die Kundin Recht. Da es sich bei dem zwischen Kundin/Patientin und Praxis Kahlke geschlossenen Präventionsvertrag um einen Dienstvertrag handelt, gelten die Vorschrift des §620 bzw. §§621 – 623 BGB. Danach ist eine Kündigung zulässig, wenn die Vergütung nicht nach Zeitabschnitten bemessen ist. Es kann also jederzeit eine Kündigung durch jeden Vertragspartner erfolgen. Diese wird jedoch erst mit Zugang der schriftlichen Kündigung wirksam. Aber wer will schon Behandlungsverträge schriftlich kündigen?

Zwei Möglichkeiten zur richtigen Preiserhöhung

Hinrich Kahlke hat zwei andere Möglichkeiten, das Thema Präventionsverträge in Zukunft rechtssicher zu gestalten. Die erste Möglichkeit besteht darin, Präventionsverträge mit einer Laufzeit zu versehen. Dazu reicht es, ein Datum in den Vertrag aufzunehmen, bis zu dem dieser Gültigkeit hat. Danach gilt der Vertrag automatisch nicht mehr. Nun weiß man in der Praxis oft nicht, wie lange ein Kunde/Patient Leistungen in Anspruch nehmen wird. Deswegen könnte es unter Umständen sinnvoller sein, wie gehabt Verträge ohne begrenzte Laufzeit zu vereinbaren und bei einer Preiserhöhung mit jedem Selbstzahlerkunden/-patienten einen erneuten Vertrag mit neuem Preis abzuschließen. Mit wenig organisatorischem Aufwand ließe sich so sicherstellen, dass alle Kunden/Patienten immer einen Vertrag mit aktuellen Preisen unterschrieben haben!

bu

Erwartungsmanagement unterstützt wirtschaftliche Behandlungsweise

Fallbeispiel: Leistungen reduzieren ohne Frust!

Frage an die praxiswissen24-Hotline: „Unsere Patienten haben sich so daran gewöhnt, dass wir lange behandeln und Berichte außerhalb der Therapiesitzungen schreiben, dass mein Team sich nicht in der Lage sieht, auf kürzere Zeittakte und Berichtswesen während der Therapie umzustellen, ohne die Patienten zu verärgern. Was kann ich machen?“

Silke Moosbauer, Inhaberin einer interdisziplinären Heilmittelpraxis aus München hat das Problem mit ihren Mitarbeitern ganz genau eingegrenzt: Seit Jahren schreiben die Logopäden ihre Behandlungsberichte außerhalb der Therapiesitzungen und die Physiotherapeuten behandeln im 30-Minuten-Takt. Inzwischen ist dem gesamten Team klar, dass die von den Kassen nicht bezahlten „Mehrleistungen“ nicht weiter durch die Praxis finanziert werden können.

Angst, Patienten zu verärgern

Doch alle haben Angst davor, die Patienten mit einer vermeintlich geringeren Leistung zu verärgern. „Ich weiß überhaupt nicht, wie ich meinen Patienten klar machen soll, dass wir jetzt kürzer behandeln,“ meint Brigitte, die leitende Physiotherapeutin, und ergänzt: „Ist ja auch klar, dass damit die Therapie schlechter wird und das will doch keiner!“

Ursache des Problems ist die Angst der Therapeuten, die Erwartungen der Patienten nicht erfüllen zu können. In ihrem Buch „Vom Umgang mit Erwartungen“ empfiehlt die Autorin Naomi Karten, die Erwartungen der Kunden selbst bewusst zu beeinflussen, statt sich den Anforderungen seiner Patienten hilflos ausgesetzt zu fühlen.

Woher stammt die Erwartung eines Patienten, dass eine Behandlung 30 Minuten dauert? Das hat er gelernt, jedes Mal, wenn er zur Behandlung in der Praxis war. Der Deutungsrahmen des Patienten kann aber durch neue Informationen verändert werden:

Aushang der Mindestbehandlungszeiten

Hängt man beispielsweise eine Liste der mit den Krankenkassen vereinbarten Mindestbehandlungszeiten aus und weist den Patienten aktiv auf diese Liste hin, dann lernt er, dass eine physiotherapeutische Einzelbehandlung eine Mindestbehandlungszeit von nur 15 Minuten hat. Damit wird die alte Erwartung durch die neue Information korrigiert. Das mag bei manchen Patienten Erstaunen oder Befremden auslösen, aber das Erstaunen richtet sich nicht gegen die Therapeuten, sondern in Richtung Krankenkasse. Selbst eine Therapiesitzung mit einer Dauer von „nur“ 20 Minuten wird vor diesem neuen Hintergrund als eine willkommene Mehrleistung des Therapeuten wahrgenommen.

Silke Moosbauer kann exakt nach diesem Schema verfahren. Die Liste der Mindestbehandlungszeiten wird veröffentlicht und jeder Therapeut stellt sicher, dass die Patienten wissen, wie viel Behandlungszeit ihnen vertraglich zusteht. Wohlgemerkt ohne die Behandlungszeiten schon zu verändern. Die Patienten werden sich schnell fragen, ab wann nur noch 15 Minuten behandelt wird. Und genau an dieser Stelle erkennt man die veränderte Patientenerwartung: Bald gibt es nur noch 15 Minuten Therapie! Jetzt übererfüllt Moosbauers Team diese Erwartung großzügig, indem auf den 20-Minuten-Takt umgestellt wird. Die Patienten bekommen 5 Minuten kostenlose Mehrleistung und die Praxis hat endlich den gewünschten Zeittakt.

Patienten-/Kundenerwartungen sind keine Einbahnstraße. Wer die Erwartungen seiner Patienten steuert, macht seine Patienten und sich erfolgreicher!

Der Behandlungsbericht, der in der Therapiezeit geschrieben werden soll, lässt sich ebenso mit den Mitteln des Erwartungsmanagements umsetzen. Der früheren Erwartung des Patienten, das Therapiezeit immer „Hands on“-Zeit ist, wird ein Therapiekonzept gegenübergestellt, in dem Anamnese, Befunderhebung, Therapieplanung und Berichtswesen integraler Bestandteil der Therapie sind. Kennt der Patient dieses Konzept, erwartet er geradezu, dass der Bericht in seiner Anwesenheit geschrieben wird.

Angestellte Therapeuten im Team sind ebenfalls eine Zielgruppe für Erwartungsmanagement. Bei vielen Therapeuten gibt es die Erwartung: Weniger Zeit bedeutet schlechtere Leistung, kürzerer Zeittakt einen Abstrich an Behandlungsqualität. Die neue Zielrichtung könnte lauten: Weniger Zeit bedeutet konzentriertere Therapie! Das Team setzt sich zusammen und überlegt gemeinsam, wie man in der kürzeren Zeit effektiver therapieren kann.

Erwartungsmanagement bedeutet, nicht den Erwartungen anderer hinterher zu arbeiten, sondern neue Erwartungen zu erzeugen.

bu

Erwartungsmanagement bedeutet, nicht den Erwartungen anderer hinterher zu arbeiten, sondern neue Erwartungen zu erzeugen.

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

Abkürzungsrap
Das Video ist ein gut gemachter Rap zum Thema Abkürzungen in der Therapie. Soll keiner sagen, ein Abkürzungsverzeichnis in der Heilmittelpraxis wäre überflüssig!

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!

Werbespot Physiotherapie
Dieser Werbespot der American Physical Therapy Association (APTA) zeigt beispielhaft auf, wie man den Nutzen von Therapie für die Lebensqualität der Patienten visualisieren kann.

Lassen Sie mich durch ...
Dieses Video zeigt die Erfolge eines ausgeprägten beruflichen Selbstverständnisses: viel Spaß dabei! *bu*

Vorschau

Die nächste Ausgabe erscheint am 19.11.2008 mit aktuellen News, Meldungen zur Gesundheits- und Berufspolitik und zum Praxismanagement. Unter anderem mit diesen Themen:

Spitzenverband der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung sind sich einig

Abschaffung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Verantwortung für die Therapiekosten soll in Zukunft die Krankenkasse übernehmen. So plant es zumindest die KBV. Die Vereinbarung zwischen Kassen und KBV sieht solche Verantwortungsteilung zumindest im Ansatz vor. Gibt es eine Chance, das auch für Heilmittelverordnungen umzusetzen?

Kassen und Ärzte einigen sich auf Ausgabenobergrenzen für 2009

1,9 Prozent mehr Heilmittelausgaben in 2009

Reisekosten für ein Bewerbungsgespräch

Fallbeispiel: Kostenübernahme bei Bewerbung

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 © Stefan von Stengel (S. 3 u. 10); Katja Zeilhofer privat (S. 11); pic-o-bello – photocase.com (S. 15); Video-Screenshots: You Tube (S. 16).