11.2009

unternehmen praxis

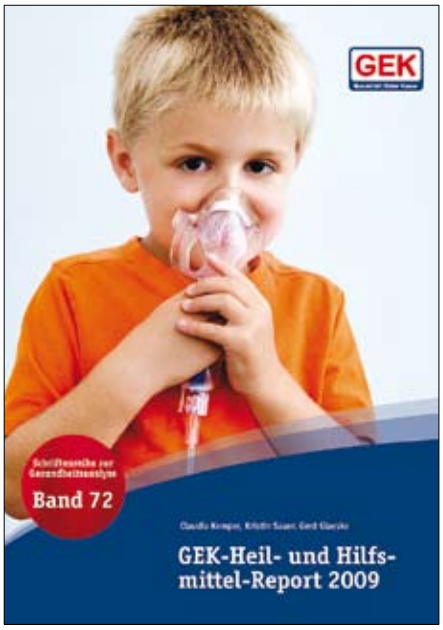
Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2009

Zuviel, zuwenig und falsche Versorgung mit Heilmitteln

Mehr Transparenz, mehr Wettbewerb für den Heilmittelmarkt – das forderte die Gmünder Ersatzkasse (GEK) auf einer Pressekonferenz am 13. Oktober in Berlin anlässlich des Erscheinens des sechsten GEK Heil- und Hilfsmittel-Reports. Wichtige Themen darin: Über-, Unter- und Fehlversorgungen im Heil- und Hilfsmittelbereich.

Die Kosten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) für Heilmittel steigen kontinuierlich. So gab die GEK 2008 rund 92 Millionen für Heilmittel aus. Das entspricht einem Wachstum von rund 3,5 Prozent pro Versichertem im Heilmittelbereich. Insgesamt stellen die Heil- und Hilfsmittel inzwischen den viertgrößten Ausgabenblock im Gesundheitswesen dar. „Heil- und Hilfsmittel sind ein Wachstumsmarkt“ fasste Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandvorsitzender der GEK zusammen.



Der 6. GEK Heil- und Hilfsmittel-Report zeigt ein kontinuierliches Wachstum im Heilmittelbereich

Krisenfestes Wachstum

Aus Sicht der GEK stehe der Heil- und Hilfsmittelbereich für krisenfestes Wachstum. Aber nicht jeder Ausgabenanstieg sei sinnvoll, so Schlenker. So erhalten mittlerweile acht Prozent bzw. jeder zehnte GEK Versicherte unter zehn Jahren logopädische oder ergotherapeutische Verordnungen. Schlenker vermutete hier einen Verlagerungseffekt: „Offenbar werden immer früher Ärzte, Ergotherapeuten und Logopäden hinzugezogen, auch weil Eltern und Erzieher verunsichert sind oder überfordert reagieren.“ Vor einer Pathologisierung der Erziehung und Pädagogik warnte Schlenker allerdings ausdrücklich. Stattdessen forderte er mehr Kosten-Nutzen-Analysen, Einzelverträge mit Heilmittelerbringern und mehr Einfluss der Therapeuten selbst auf die Heilmittelverordnung, um damit insgesamt mehr Transparenz und mehr Wettbewerb für den Heilmittelmarkt zu schaffen. Aber auch Über-, Unter- und Fehlversorgungen waren ein Thema.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

In der aktuellen Ausgabe des sechsten GEK Heil- und Hilfsmittel-Reports stellt das Wissenschaftlerteam vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) die Relevanz der Heil- und Hilfsmittelversorgung für seltene und wenig wahrgenommene Erkrankungen, wie Mukoviszidose, heraus. Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass es im Bereich der Heil- und Hilfsmittel immer wieder zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen komme.

Das kritisierte auch der Bremer Sozialwissenschaftler Professor

>>>

Aktuell

GKV-HIS unvollständig
Heilmittelumsätze im ersten Quartal rückläufig 8

Bundeskongress
Ärzte und Physiotherapeuten streiten über den „Direktzugang“ 13

Stiftung Warentest besucht Fitnesstudios
Trainer oft inkompetent 17

Konzepte

Bauchladen oder Spezialist
So schärfen Sie Ihr Profil! 3

Werbe-Ideen für die Praxis
Smileys weisen Weg zur Klinik 19

Uni Mainz eröffnet Therapieinstitut
Physiotherapeut auf Augenhöhe mit Universitätschefs 20

Tipps

Angebot
Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung! 4

Honorarerhöhung 2010
Maximal 1,54 Prozent 22

Aus der praxiswissen24-Hotline
Erpressung durch die Krankenkasse? 23

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

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

Kommentar

Raus aus der Evidenz-Falle ...

Krankenkassen wollen Evidenz. Das heißt, es werden nur Therapieverfahren bezuschusst, deren Wirksamkeit durch Studien nachgewiesen ist. Studien aber kosten Geld. Richtig viel Geld sogar. Und wer hat im Gesundheitswesen Geld? Richtig: die Pharmaindustrie. Zählt man also eins und eins zusammen, ist schnell klar, wie das evidenzbasierte Studien-Pharma-Spiel funktioniert.

Nun hat die GEK auf ihrer Pressekonferenz anlässlich des Heil- und Heilmittelreports 2009 mit erhobenem Zeigefinger gemahnt: „Die Arzneimittelhersteller haben in Punkto Studien einen Vorsprung von 15 Jahren vor den Heilmittelerbringern“. Asche auf das Therapeutenhaupt! Nur eine klitzekleine Kleinigkeit haben die hohen Herren in Berlin dabei übersehen: Heilmittelerbringer verdienen so wenig mit ihrer Therapie, dass es schwerfallen dürfte, die gewünschten Studien mal eben selbst zu finanzieren.

Wer also Studien einfordert, der möge doch bitte auch die Mittel zur Verfügung stellen, um diese zu finanzieren – oder aber die Honorare für Heilmitteltherapie so erhöhen, dass die Heilmittelbranche ihre Studien selbst finanzieren kann.

Bis es soweit ist, bauen Homöopathen, Heilpraktiker und Anwender der Traditionellen Chinesischen Medizin weiterhin und zu Recht auf teils jahrhundertelange Erfahrungen und auf den Erfolg, den die Patienten wahrnehmen – und selbst bezahlen. Der Weg raus aus der Evidenz-Falle heißt also: Abschied von Patienten, die immer noch Alles-auf-Kassen-Rechnung haben wollen. Herzlich Willkommen zu Patienten, die bereit sind, selbst für wirksame Therapie zu zahlen.

Und davon gibt es viel mehr, als Sie glauben!

Herzlichst Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

Gerd Glaeske, einer der Autoren der Studie: „In puncto Transparenz, Nutzenbewertung und Evidenzbasierung muss die Heil- und Hilfsmittelversorgung noch aufholen. Wie in der Arzneimittelversorgung brauchen wir versorgungsorientierte und angemessene Richtgrößen.“

Mehr Einfluss für Heilmittelerbringer

Glaeske, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, verwies auf die starken regionalen Unterschiede der Ausgaben und Richtgrößen, die medizinisch kaum zu rechtfertigen seien. Auch deshalb sprach sich Glaeske für eine eigenständigere Rolle der Heilmittelerbringer aus und schlug vor, diese selbst über Art und Inhalt der Therapie entscheiden zu lassen: „Die Heilmittelerbringer sind die Fachleute!“

Der vorgelegte Bericht zeigt zudem auf, dass bei bestimmten Krankheitsbildern die falschen Heilmittel (passiv statt aktiv) oder Medikamente verordnet werden. „Man findet oft auf den Rezepten die falsche Verordnung“, meinte Glaeske und forderte dazu auf, mehr Studien zur Effektivität und Effizienz von Heilmitteltherapie durchzuführen. 15 Jahre würde die Studienlage hinter dem Arzneimittelsektor hinterherhinken, da gäbe es noch viel zu tun.

Chancen für Heilmittelerbringer

Trotz dieser Studienlage zeigt der Bericht viele Chancen für Heilmittelerbringer auf. Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen wird aus Sicht Glaeskes nicht so oft angewandt, wie dies die Studienlage hergibt. Auch bei der Betrachtung der Ausgaben für Hilfsmittel wird manche Marktchance z. B. für Physiotherapeuten deutlich: Rund 7,5 Millionen Euro hat die GEK z. B. für Inkontinenzeinlagen ausgegeben. Rund fünf Prozent der Versicherten sind von diesem Problem betroffen. Dass Physiotherapeuten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit solche Hilfsmittel überflüssig machen könnten, hat sich leider noch nicht bis zu allen Patienten herumgesprochen. Und die Versorgung von erwachsenen Mukoviszidosepatienten ist ebenfalls ein Gebiet, auf dem es trotz klarer Indikation und vorhandenen Leitlinien noch Versorgungslücken gibt.

bu

Lesen Sie dazu das Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der Gmünder Ersatzkasse Rolf-Ulrich Schlenker auf Seite 9.

Bauchladen oder Spezialist

So schärfen Sie Ihr Profil!

Jeder Praxisinhaber muss sich früher oder später die Frage stellen: Will ich mich spezialisieren oder biete ich ein breites Therapiespektrum an? Oft haben Therapeuten Angst, durch Spezialisierung Patienten zu verlieren und ihrem ganzheitlichen Therapiekonzept untreu zu werden. Dass Spezialisierung nicht weh tut, sondern eine Praxis zu therapeutischen und wirtschaftlichen Erfolg führen kann, zeigen wir Ihnen in unserem Schwerpunktthema.

Woran denken die meisten Menschen mit Rückenproblemen? Die erste Antwort lautet: An den Orthopäden – obwohl alle Menschen, die schon mal bei einem guten Physiotherapeuten waren wissen, dass ihnen dort wesentlich schonender und schneller geholfen wird. Die zweite Antwort könnte lauten: „Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz" – Kieser-Training lässt grüßen! Und alle Physiotherapeuten wissen, dass Kieser-Krafttraining nicht wirklich die therapeutisch erste Wahl ist. Wie kommt es, dass nicht mehrheitlich alle Mensch mit Rückenproblemen als erstes an Physiotherapeuten denken?

Der Unterschied liegt in der Spezialisierung. Ein Orthopäde ist ein Facharzt, mithin ein Spezialist! Aus Sicht eines Patienten muss der es bestimmt wissen. Und Kieser-Training steht für den starken Rücken! Punkt! Das muss einfach helfen. Aber wofür steht dann bitte Physiotherapie (Ergotherapie/Logopädie)? Glaubt man den Praxisschildern, Visitenkarten und Internetseiten vieler Praxen, dann können Physiotherapeuten fast alles: unterschiedlichste Therapieformen, alle Altersklassen und Krankheitsbilder. Wer jetzt glaubt, Spezialisierung hat primär mit speziellem Fachwissen zu tun, der irrt. Es geht bei der Spezialisierung vielmehr darum, wie man im Kopf der Patienten wahrgenommen wird.

Wozu spezialisieren?

Viele Praxisinhaber verbinden mit dem Begriff „Spezialisierung" die Befürchtung, in einer unwichtigen Nischenexistenz zu enden und zukünftige Patienten von vornherein auszuschließen. Es herrscht der Irrglaube, dass eine Existenz am sichersten auf einem möglichst breiten Angebot steht. Die Praxis sieht jedoch anders aus: eine Therapiepraxis mit breiten Angebot verschwindet in der grauen Masse der Konkurrenz und ragt nicht heraus. Oft halten Therapeuten Spezialisierung auch für einen „Verrat" an ihrem ganzheitlichen Therapiekonzept. Wer jahrelang in Fortbildung gelernt hat den ganzen Menschen im Blick zu behalten, der tut sich erfahrungsgemäß schwer damit sich auf ein Fachgebiet zu konzentrieren. Konzentration bzw. Spezialisierung auf ein bestimmtes Gebiet bedeutet, dass Ihre Therapie auf diesem speziellen Gebiet deutlich mehr bietet, dafür müssen Sie jedoch nicht im restlichen Fachbereich zwangsläufig weniger bieten.

Wer sich spezialisiert, verliert also keine Kunden. Ganz im Gegenteil kommen durch ein Spezialgebiet neue Kunden zu der „Stammkundschaft" hinzu. Je nach Spezialisierung nehmen Patienten auch gerne weitere Wege in Kauf, um sich von einem Experten behandeln zu lassen.

Ein weiterer Grund für einige Praxen, sich nicht zu spezialisieren, ist die Angst, nicht genug Patienten zu bekommen. Eine Angst, die durchaus berechtigt sein kann, wenn Sie bereits einen Marktanteil von über 50 Prozent haben. Aber welche Praxis hat das! Wer ohnehin nur einen ganz kleinen Anteil der Patienten hat, die er als Spezialist ansprechen will, der muss sich keine Sorgen um neue Patienten machen. Denn die Patienten, die bisher gern zu Ihnen gekommen sind, werden auch weiter kommen.

Inhalt

Thema: Spezialisierung

- So schärfen Sie Ihr Profil S. 3
- In sieben Schritten zum Spezialisten S. 4
- Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung S. 4
- Spezialisierung: Beispiele für die Praxis S. 5
- up im Gespräch: „Mit Spezialisierung kann man werben" S. 6/7

Das Problem der Nicht-Spezialisierung haben die meisten Praxisinhaber schon mal erlebt. Davon berichtet auch Helmut Zeil, Physiotherapeut aus Hessen, der sich vor zwölf Monaten selbstständig gemacht hat: „Meine erste Vorstellungsrunde bei den Arztpraxen war ein echter Reinfall. Einige hatten gar keine Zeit für mich und die anderen waren wenig bis gar nicht interessiert." Eine anschließende Analyse ergab, dass Zeil sich vorgestellt hatte als eine weitere Physiotherapiepraxis am Ort, an dem es schon elf Praxen gab! Nach einer Markt-, Wettbewerbs- und Zielgruppenanalyse spezialisierte sich Zeil auf Schmerzphysiotherapie. Eine erneute Vorstellungsrunde mit dem neuen Profil nach sechs Monaten wurde ein voller Erfolg: Alle Ärzte nahmen sich Zeit für Zeil, zweimal wurde er ganz konkret um Rat bei chronischen Schmerzpatienten gefragt. „Spezialisierung war für mich die Eintrittskarte zum Markt", resümiert Zeil.

Je wahrnehmbarer Therapeuten durch Spezialisierung werden, desto „spitzer" können sie in den Markt eindringen. Ein geschärftes Profil kommt bei Ärzten und Patienten gleichermaßen gut an. Die Praxis wird gezielt aufgesucht und der Spezialist als Experte zu Rate gezogen. Hat man sich dann erst einmal auf dem Markt etabliert, kann man dann das restliche Therapieangebot breiter aufstellen. *bu*

Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung! Wie Sie mitmachen können, erfahren Sie auf Seite 4.

In sieben Schritten zum Spezialisten

Analysieren, Überlegen, Suchen – das sind nur drei von sieben Schritten auf dem Weg zur Spezialisierung. Lesen Sie, was Sie noch für die Schärfung Ihres Profils tun können.

Der erste Schritt auf dem Weg zur Spezialisierung besteht darin, das Gebiet zu finden, auf das man sich spezialisieren möchte. Man kann natürlich diverse Lehrbücher und Fortbildungsverzeichnisse wälzen, um herauszufinden, welche Spezialisierungsgebiete in Frage kommen. Das kann sinnvoll sein – muss aber nicht. Es bringt nichts, wenn Sie sich für Kindertherapie entschieden haben und die Praxis 200 Meter weiter hat diese Idee bereits umgesetzt. Schauen Sie sich also in Ihrem „Revier" um. Was gibt es schon, was fehlt noch?

Hat man sich für ein Fachgebiet entschieden, sollte man überprüfen, ob man überhaupt Freude an der Tätigkeit hat. Wer schon immer am liebsten mit Kindern gearbeitet hat, sollte nicht unbedingt auf die Generation 50 plus spezialisieren, nur weil dieses Angebot bislang in der Region fehlt. Wer keine Freude an seiner Arbeit hat, wirkt auch nicht authentisch und das merkt der Patient sehr schnell. Überlegen Sie also genau, ob Ihre gewählte Spezialsierung zu Ihnen passt, ob persönliche und berufliche Vorlieben damit übereinstimmen und ob Sie sich vorstellen können, tagein tagaus sich nur mit diesem Gebiet auseinander zu setzen.

„Wer es jedermann recht machen will, macht es niemanden recht" meint Wolfgang Mewes, der Erfinder des Engpasskonzentrierten Stratiegie (EKS). Zu Schärfung des Profils einer Praxis schlägt er folgende Schritte vor:

1. Analysieren Sie kritisch Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen. Finden Sie heraus auf welchem Gebiet Sie ein gefragter und umworbener Spezialist werden sollen. Berücksichtigen Sie dabei die Angebote der bestehenden Praxen und Anbieter, führen Sie eine umfassende Wettbewerbsanalyse durch.

2. Überlegen Sie, für welche genau umrissenen Zielgruppen Sie die in Schritt eins identifizierten Fähigkeiten und Kompetenzen einsetzen wollen. Wie sieht Ihre optimale Zielgruppe aus?

3. Suchen Sie nach dem von der Zielgruppe als brennendstem empfundenen Problem. Finden Sie heraus, welches zentrale Problem Ihrer Patienten Sie lösen müssen, um als der Spezialist wahrgenommen zu werden. Ziel ist es, Ihre Therapie- und Serviceangebote besser als Ihre Mitbewerber auf die Bedürfnisse und Wünsche Ihrer Zielgruppe auszurichten.

4. Konzentration auf den wichtigsten Punkt: Bis zu diesem Schritt sollte Ihr Leistungsangebot ab- und nicht zugenommen haben. Je weniger Leistungen Sie an eine genau umrissene Zielgruppe „verkaufen" wollen, desto einfacher wird das für Sie.

5. Entwickeln Sie neue, vielleicht ungewöhnliche Leistungen für die Bedürfnisse Ihrer Kunden. Probieren Sie solche Angebote im Dialog mit Ihren Patienten aus und testen Sie die Reaktion Ihrer Kunden. So entwickeln Sie ganz neue Problemlösungen – weit ab vom Einheitsbrei der Kassenleistungen.

6. Finden Sie heraus, mit wem Sie zusammenarbeiten können. Sie werden merken, dass mit zunehmender Spezialisierung die Kooperationsmöglichkeiten steigen. Mehrerer Spezialisten können ihre Kräfte bündeln, wenn allen Beteiligten das Ziel der Kooperation klar ist.

7. Kommunizieren Sie aktiv. Lancieren Sie Berichte über Ihr Spezialgebiet in der örtlichen Presse, halten Sie Vorträge, bringen Sie den zuweisenden Ärzten Kopien von Studien, die die Wirksamkeit Ihres Spezialgebiets belegen. Machen Sie Werbung, da gibt es inzwischen nur noch wenige Grenzen!

✔ Angebot

Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung!

Wir suchen Praxisinhaber (Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten), die Lust haben, sich auf den Weg zu machen, von der „Wir-können-Alles"-Praxis hin zur Spezialpraxis. Wir unterstützen Sie dabei mit Material, telefonischer Unterstützung und einem Seminar. Dabei entstehen für Sie keine Kosten!

Einzige Bedingung: Maximal fünf teilnehmenden Praxen führen ein Tagebuch über den Veränderungsprozess und wir dürfen über den Prozess in up berichten – natürlich ohne Betriebsgeheimnisse der Praxis auszuplaudern. Praxisinhaber können sich bei der Hotline bis Ende November bewerben. Bewerben kann sich jede Praxis oder auch potentielle Praxisgründer. Interessenten melden sich in der Redaktion (redaktion@up-aktuell.de) oder an der praxiswissen24-Hotline (0800/9477360) unter dem Betreff „Spezialisierung". Wir schicken Ihnen dann einen Fragebogen zu, um Ihr Vorhaben besser kennen zu lernen. Unser Ziel ist es, durch Ihr Tagebuch und durch unsere Berichte anderen Therapeuten Beispiele zu geben, wie sich so ein Veränderungsprozess bewerkstelligen lässt. Bewerben Sie sich jetzt – es lohnt sich für Sie auf jeden Fall! Die ausgewählten Praxen werden bis zum 1. Dezember informiert und sollen zum 1. Januar mit dem Projekt starten.

Spezialisieren – Ideen für die Praxis

1. Fachliche Spezialisierung:

Die Spezialisierung auf bestimmte Fach-/Ausbildungsthemen ist den meisten Therapeuten geläufig. Beispiele für diese angebotsorientierte Spezialisierung:

- Osteopathie
- Craniosacrale Biodynamik
- Manuelle Therapie
- Chirogymanstik
- Cyriax
- Brügger
- Bobath
- Trauma-Therapie

Weitere Beispiele finden Sie im Internet unter www.therapedia.de

2. Zielgruppenspezialisierung :

Die Spezialisierung auf Zielgruppen ist eine an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierte Spezialisierung. Beispiele für Zielgruppen, deren Bedürfnisse man als Spezialist besser befriedigen kann:

- Kinder
- Hotelgäste
- Freizeitsportler
- Call-Center-Agents
- Profisportler
- Privatpatienten
- Touristen
- Manager

3. Problemlösungsspezialisierung:

Konkrete Probleme einer bestimmten Zielgruppe besser zu lösen, ist das Versprechen von Spezialisten für bestimmte Problembereiche. Beispiele für solche Spezialisierung:

- Schmerzcopingstrategien für Migränepatienten
- Wiederherstellung der Lebensqualität bei Schlaganfallpatienten (Interdisziplinär)
- Erhalt der häuslichen Selbstständigkeit bei Senioren – Verhinderung einer Heimunterbringung
- Erhalt/Wiederherstellung der Kontinenz und Erektionsfähigkeit für Männer nach Prostata-OP
- Steigerung der sexuellen Erlebnisfähigkeit durch Beckenbodengymnastik
- Schulreife erreichen bei Kinder mit ADHS
- Schmerzphysiotherapie für Menschen mit Rücken-, Nacken- oder Schulterproblemen
- Medikamentenreduktion bei Kindern mit ADHS
- „Ohne-Nebenwirkung“ (Abgrenzung zu Medikamenten und OPs) für Allergiker oder Phobiker
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach Bandscheibenvorfall
- Sprachcoaching – Erhalt der Unterrichtsfähigkeit bei Lehrern

4. Soziale Spezialisierung

Einige Formen der Spezialisierung definieren sich über die Beziehungen zwischen Praxis/Therapeut und Zielgruppe

- Brennpunktpraxis für sozial Schwache – „Pro-Bono“ Angebote für Kinder/sozial Benachteiligte
- Praxis für die „Nachbarschaft“ – Soziale Einbindung des Praxischefs z. B. in Feuerwehr, Kegelverein, etc.
- Serviceorientierte Praxis (z. B. Akutterminservice, Wochenenddienst) für die eigenen Patienten
- Spezialisierung auf ein oder mehrere bestimmte Altenheime/sonstige Einrichtungen über Zusatzangebote über die eigentliche Therapie hinaus.

5. Produktspezialisierung

Bei der Produktspezialisierung steht ein konkretes „Produkt“ im Vordergrund. Beispiele für diese angebotsorientierte Spezialisierung:

- Zirkeltraining
- Rhetorik-Training
- Medizinische Trainingstherapie
- LRS-Training
- Wellness-Massage
- Elterntrainingskurs

Haben Sie mehr Ideen? Kommentieren Sie diesen Artikel im Internet unter www.up-aktuell.de

Interview mit dem Rechtsanwalt Roland Hein

„Mit Spezialisierung kann man werben!“

Wer sich spezialisiert, kann besser wahrgenommen werden. Doch darf man für sich selbst als Spezialist werben? Verstößt man damit vielleicht sogar gegen Gesetze und läuft Gefahr kostenpflichtig abgemahnt zu werden? Antworten auf diese und andere Fragen zum Thema Werbung gibt Roland Hein, Rechtsanwalt und Justitiar des ZVK-Landesverbands Baden-Württemberg in einem Gespräch mit Anke Zillessen.

? Herr Hein, es gibt Fachärzte für Orthopädie und Fachanwälte für Medizinrecht. Darf ich mich folglich „Fachphysiotherapeutin für Manuelle Therapie“ nennen?

Nein, das würde wettbewerbsrechtlich sofort angegriffen, auch wenn Sie viel Berufserfahrung und ein Zertifikat in Manueller Therapie nachweisen können.

? Warum ist das so?

Weil die Ausbildungen in Manueller Therapie nicht staatlich geregelt sind und die Heilmittelberufe bisher nicht verkammert sind. Vergleichbar mit dem Fachanwalt oder Facharzt wäre der Fachphysiotherapeut, zu dem in der ehemaligen DDR ausgebildet wurde. Es gibt noch ein paar wenige Physiotherapeuten, die sich nach altem DDR-Recht Fachphysiotherapeuten nennen dürfen – und zwar „Fachphysiotherapeut für Infantile Cerebralparese“ oder „für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte“.

„Die Angst vor Werbung wegen befürchteter juristischer Konflikte ist sehr ausgeprägt“

? Wenn ich mich nun aber auf eine Zielgruppe oder ein Therapie-Konzept spezialisiert habe und als „Spezialistin“ öffentlich auftreten möchte ...?

Probieren Sie es! Die Rechtssprechung lässt dies zu, wenn besondere Voraussetzungen erfüllt sind. Zum Beispiel: langjährige spezifische Berufserfahrung und besondere praktische und theoretische Kenntnisse. Mir sind zwar nur Urteile bekannt, die andere Berufe betreffen, aber die sind ohne weiteres auf die Physiotherapie übertragbar.

? Ich könnte mich also „Spezialistin für Manuelle Therapie“ nennen?

Ja, Sie können das versuchen. Und wenn Sie nachweisen können, dass Sie über eine manualtherapeutische Fortbildung und viele Jahre praktische Erfahrung verfügen, Fortbildungen leiten und vielleicht Bücher zu diesem Thema geschrieben haben, stehen die Chancen gut.
Wenn aber jemand Berufsanfänger ist und das MT-Zertifikat gerade frisch bestanden hat, würde ich ihm abraten. Er würde wohl Schwierigkeiten haben, sein Spezialistentum zu begründen.

? Was passiert, wenn er es dennoch versucht?

Zumeist passiert einfach gar nichts. Es könnte aber auch sein dass er eine Abmahnung von einem konkurrierenden Heilpraktiker, einem Arzt oder einem Berufsverband erhält.
Wenn ich in meiner Funktion als ZVK-Justitiar interveniere – was selten genug vorkommt – dann weise ich in einem Erstschreiben ausführlich auf die Rechtslage hin und bitte, von dieser Form der Werbung künftig Abstand zu nehmen. Wenn sich dann keine weiteren Reklamationen ergeben, ist der Fall für mich erledigt. Mit dem „Hammer“ einer wettbewerbsrechtlichen Abmahnung inklusive einer strafbewerten Unterlassungsverpflichtungserklärung komme ich nur, wenn partout keine Einsicht in Fehlverhalten gegeben ist – das kam bisher lediglich zwei oder drei mal vor.

? Was heißt „Unterlassungsverpflichtungserklärung“?

Dort steht etwa folgendes: „Hiermit verpflichte ich mich, es ab sofort zu unterlassen, mich „Spezialist

für ...“ zu nennen. Für den Fall, dass ich gegen diese Verpflichtung verstoße, verpflichte ich mich zur Zahlung einer Vertragsstrafe von 5.000 Euro.“

? Das ist viel Geld – was mache ich mit einem solchen Schreiben?

Sie sollten zunächst Rücksprache mit Ihrem Anwalt oder Ihrem Berufsverband halten. Wenn sich dann herausstellt, dass der Vorwurf korrekt ist, unterschreiben Sie besser, denn billiger wird es dann nicht mehr. Unterschreiben Sie nicht, flattert Ihnen möglicherweise im nächsten Schritt die einstweilige Verfügung ins Haus und dann geht es vor dem zuständigen Landgericht weiter. Für den Fall, dass Sie den Rechtsstreit verlieren, tragen Sie alle Kosten, das ist dann richtig teuer!

? Wie kann ich solchen Kosten vorbeugen? Was darf ich auf keinen Fall?

Die Anschauung der Gerichte ändert sich ständig. Das macht es juristisch spannend. Ein Beispiel: Die Bezeichnung „Zentrum für ...“ war bis vor einigen Jahren nur unter gewissen Bedingungen erlaubt beispielsweise aufgrund der Größe hinsichtlich Personal und Räumlichkeit. Heute sagt die Rechtssprechung, der Begriff des Zentrums ist auch im Gesundheitswesen nicht mehr mit diesem Inhalt besetzt und demnach erlaubt.

? Gibt es denn Grundsatzurteile, die die Werbung mit speziellen therapeutischen Schwerpunkten verbieten?

Möglicherweise kenne ich nicht alle Urteile, aber meines Wissens gibt es speziell für die Physiotherapie da keine Grundsatzentscheidungen.

? Wie kommt das? Sind Physiotherapeuten in der Werbung zu zurückhaltend?

Die Angst vor Werbung wegen befürchteter juristischer Konflikte ist sehr ausgeprägt, das spüre ich in meiner täglichen Beratungspraxis. Vielleicht fehlt vielen auch die Fantasie.

? Wie wäre „Zentrum für Best-Aging“, „Baby-Expert“ oder „Physio-Running-Point“?

Wettbewerbsrechtlich unproblematisch – es muss sich allerdings im Einzelfall belegen lassen, dass die Praxis entsprechende Angebote macht und entsprechende Qualifikationen besitzt. Ratsam ist, bei Markennamen zu prüfen, ob sie nicht bereits geschützt sind. Das finden Sie in der Datenbank des Deutschen Patent- und Markenamts unter www.dpma.de.

? Sind Bezeichnungen wie Bobath-Therapeutin, Trauma-Therapeutin, Manual-Therapeutin oder Körpertherapeutin erlaubt?

Roland Hein ist Rechtsanwalt und Justitiar beim ZVK-Landesverband Baden-Württemberg und berät seit 18 Jahren Mitglieder in juristischen und Marketing-Fragen

Da es dazu keine staatlich geregelten Ausbildungen gibt, dürfte das wettbewerbsrechtlich zu weit gehen, obwohl man es tagtäglich hört und liest! Allerdings bin ich während meiner 18-jährigen Anwaltstätigkeit beim ZVK auf keinen einzigen Fall gestoßen, in dem dies abgemahnt worden wäre.
Was in jedem Fall korrekt wäre: Sie drucken auf Ihr Praxisschild: Physiotherapeutin und darunter: Bobath-Therapie, Trauma-Therapie und so weiter. Was auch geht: Sportphysiotherapeut des ZVK, des VPT, oder des Deutschen Sportbunds – weil diese Bezeichnung den Hinweis enthält, wo Sie die Ausbildung gemacht haben.

„Der Begriff ‚Heilkunst‘ täuscht eine starke Nähe zum Heilberuf des Arztes vor.“

? Wäre „Therapeutin“ in Ordnung?

Juristisch ist das okay, aber ich würde aus Marketing-Gesichtspunkten davon abraten, weil „Therapeutin“ zu allgemein klingt, da fehlt das Qualitätszeichen. „Bewegungstherapeutin“ wäre okay, da der Oberbegriff Bewegungstherapie im Heilmittelkatalog kassenrechtlich verankert ist.

? Ein letztes Beispiel: Wenn ich mit der Zusatzbezeichnung „Craniosacrale Heilkunst“ werben möchte – geht das?

Das klingt aus juristischer Sicht problematisch, denn der Begriff „Heilkunst“ täuscht eine starke Nähe zum Heilberuf des Arztes vor. Andererseits scheint die Gefahr, bei Verwendung dieses Begriffs wettbewerbsrechtlich belangt zu werden, völlig unwahrscheinlich.

? Sie raten Physiotherapeuten demnach, mutiger und kreativer zu sein, wenn sie mit Schwerpunkten werben wollen?

Ja, genau, unklug wäre, gar nicht zu werben!

Kontakt: roland.hein@physio-verband.de
Telefon 07071/7782520

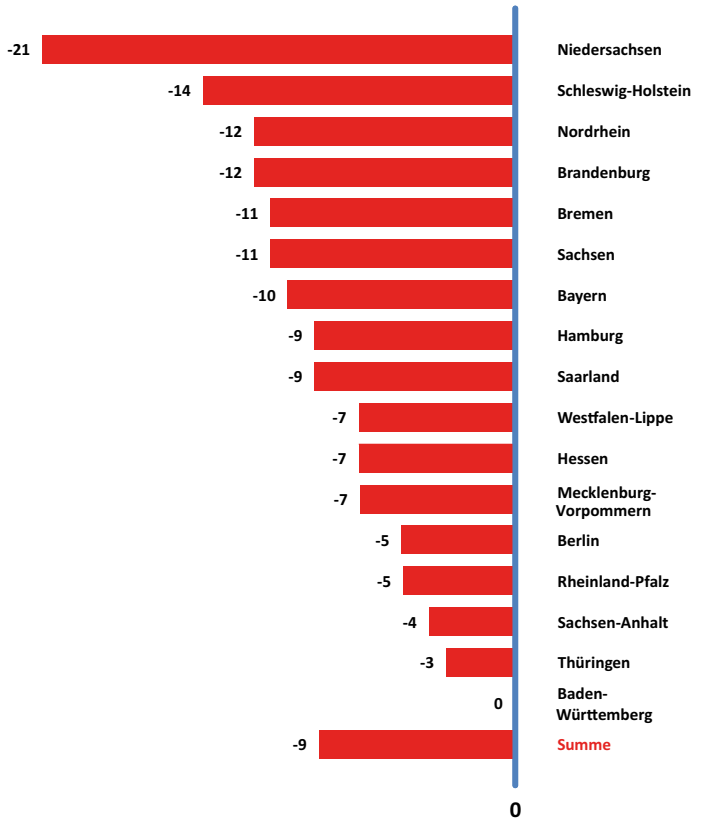
GKV-HIS liefert unvollständige Daten

Heilmittelumsätze im ersten Quartal rückläufig

Mit mehr als zehn Wochen Verzögerung hat das Heilmittelinformationssystem der Krankenversicherungen (GKV-HIS) jetzt die Zahlen des ersten Quartals 2009 veröffentlicht. Die sogenannte „Heilmittel-Schnellinformation" ist zwar unvollständig, dennoch zeigen die Zahlen erhebliche Einsparungen bei Heilmitteln.

Vorsicht: GKV-HIS mit fehlenden Umsätzen

Vorjahresvergleich Heilmittelkosten 1. Quartal 2009 in Prozent*



*Quelle: GKV-HIS mit Hinweis: Auf Grund von Lieferstörungen einer datenliefernden Stelle ist dasUmsatzvolumen insgesamt zu niedrig ausgewiesen"

Stand: 24.9.2009 · © Buchner & Partner GmbH, Schwentinental

Das GKV-HIS hat den Anspruch 15 Wochen nach Quartalsende die aktuellen Verordnungsdaten aus dem Heilmittelbereich zu liefern.

Wenn es nach den Informationen des GKV-HIS geht, dann sind die gesamten Heilmittelausgaben im 1. Quartal 2009 gegenüber dem Vorjahresquartal um 8 Prozent zurückgegangen. Besonders betroffen ist demnach Niedersachsen mit einem Rückgang von 21 Prozent gefolgt von Schleswig-Holstein (-14 %) und Brandenburg und Nordrhein (jeweils -11 %). Einzige Kassenärztliche Vereinigung, die bundesweit keinen Verordnungsrückgang hätte, wäre demnach die KV Baden-Württemberg mit einem Null-Wachstum von +0,1 Prozent.

Diese Ergebnisse stehen in deutlichem Widerspruch zu den Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums, das bereits im Juli 2009 meldete, dass die Ausgaben für Heilmittel je 1.000 Versicherte um 3,5 Prozent gestiegen sind (wir berichteten in up 07/2009). Der Widerspruch mag auf den Hinweis zurückzuführen sein, der unter den sogenannten „Heilmittel-Schnellinformation" steht: „Auf Grund von Lieferstörungen einer datenliefernden Stelle ist das Umsatzvolumen insgesamt zu niedrig ausgewiesen." Man werde die vollständigen Daten später nachliefern.

Es stellt sich die Frage, warum die unvollständigen Daten überhaupt ausgeliefert werden. Rückfragen beim GKV-Spitzenverband ergeben, dass man dort seiner Verpflichtung nachgekommen sei, Zahlen zu veröffentlichen. Immerhin könne man mit den vorhandenen unvollständigen Daten ja trotzdem Rückschlüsse auf das Verordnungsverhalten ziehen.

Ganz konkret: Heilmittelerbringer in Regionen, in denen die Ärzte wegen vermeintlicher Regresse schleppend verordnen, können die Zahlen nutzen, um ihre Ärzte zu beruhigen. Dazu stellen wir allen praxiswissen24-Kunden die entsprechende Grafik gern kostenlos für das nächste Arztgespräch zur Verfügung.

bu

kurz & knapp

Umfrage: Gesundheitswesen in Deutschland +++ Die meisten Deutschen sind mit ihrer momentanen Gesundheitsversorgung zufrieden. Gleichzeitig schauen aber knapp zwei Drittel der Bevölkerung skeptisch in die Zukunft und befürchten eine Verschlechterung der Versorgung. Das ergab eine repräsentative forsa-Umfrage unter 1.000 Kassenpatienten, die bereits vor der Bundestagswahl durchgeführt wurde. Danach sind einerseits 86 Prozent der Befragten mit ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung zumindest zufrieden. Andererseits denken 70 Prozent, dass sich die Gesundheitsversorgung in Deutschland in den nächsten fünf Jahren verschlechtern wird. Besonders pessimistisch sind die 45- bis 64-Jährigen (77 Prozent), deutlich optimistischer äußerten sich die 18- bis 30-Jährigen, von denen nur 55 Prozent eine Verschlechterung befürchten.

Laut Vorstandschef der KKH-Allianz Ingo Kailuweit wird es höchste Zeit, das Gesundheitswesen zukunftssicher zu machen und gleichzeitig in ruhiges Fahrwasser zu bringen.

pm

GEK fordert zukünftig Vertragsfreiheit im Heilmittelbereich

Bislang hat jeder Ergo-, Physiotherapeut und Logopäde mit dem erfolgreichen Abschluss seiner Ausbildung das Recht auf Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten. So schreibt es das Sozialgesetzbuch vor und genau dieser Zustand ist den Kassen ein Dorn im Auge. Deshalb fordert die GEK das Ende des sogenannten „Kontrahierungszwangs".

Schon vor der Bundestagswahl hatte der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen gefordert, den Kontrahierungszwang des Paragrafen 124 des Sozialgesetzbuchs V aufzuheben. Ähnlich wie im Hilfsmittelbereich sollen Heilmittelleistungen künftig über Ausschreibungen vergeben werden.

Diese Forderung hat Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der Gmünder Ersatzkasse bei der Vorstellung des aktuellen Heil- und Hilfsmittelreports noch einmal wiederholt. Aus seiner Sicht herrscht zu wenig Wettbewerb im Heilmittelbereich. Denn bei Erfüllung bestimmter Kriterien hat jeder Physiotherapeut, Ergotherapeut oder Logopäde derzeit Anspruch auf Kassenzulassung.

„Hier sollten wir, wie im Hilfsmittelbereich, künftig mehr Wettbewerb wagen. Über Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ließe sich sicherlich höhere Wirtschaftlichkeit und bessere Qualität erreichen", meint Schlenker. *bu*

Nachgefragt:

Wie ist das gemeint, Herr Dr. Schlenker?

***?** Herr Dr. Schlenker, wie muss sich ein niedergelassener Heilmittelerbringer Ihre Forderungen nach Einzelverträgen mit den Leistungsanbietern konkret vorstellen?*

Es gibt mehrere denkbare Wege, wie man eine Einzelvertragssystematik mit Heilmittelerbringern umsetzen könnte. Denkbar wäre zum Beispiel der Weg über Ausschreibungen. Eine andere Möglichkeit wären „Mitmachverträge". Das heißt, jeder, der bestimmte, von der Kasse vorgegebene Rahmenbedingungen erfüllt, kann mitmachen. Beide Modelle halte ich für möglich.

Interview mit Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandvorsitzender der Gmünder Ersatzkasse

***?** Sind diese Möglichkeiten denn auch praktisch umsetzbar?*

Große Ausschreibungen wird man wohl nicht machen können. Denn man muss natürlich bedenken, dass gerade Heilmittelversorgung immer auch regionale Versorgung ist. Die Möglichkeit der Ausschreibung ist also nicht ganz unproblematisch.
Ich halte es deswegen für besser, wenn wir als Krankenkasse bestimmte Rahmenbedingungen vorgeben, die von den Heilmittelerbringern erfüllt werden müssen. Das könnten qualitative Bedingungen sein oder auch preisliche Richtlinien. Entscheidend für die Einzelvertragssystematik ist aber, dass die Verträge nicht mehr für alle Kassen gemeinsam gelten würden, sondern nur noch für eine.

***?** Dann bleibt im Prinzip alles so wie bisher, nur dass ein Vertrag dann auf eine Kasse beschränkt ist?*

Genau. Bisher besteht die Zulassung für Heilmittelerbringer generell für alle gesetzlichen Krankenversicherungen. Im Prinzip könnten die Einzelkassen auch heute schon die Preisverhandlungen führen. Aber noch läuft das traditionell auf der Landesebene über die Verbände. Künftig sollte es dann aber Vergütungsverhandlungen mit den einzelnen Kassen geben.

***?** Es gibt auch qualitative Unterschiede unter Therapeuten. Der eine ist spezialisiert, der andere eher breit aufgestellt. Wie wollen Sie diese Problematik im Rahmen von Einzelverträgen in den Griff bekommen?*

Beim Heilmittelsektor spielt die persönliche Beziehungsebene eine wichtige Rolle. Spätestens an diesem Punkt endet natürlich irgendwann einmal ein Verfahren mit objektiven Qualitätskriterien und subjektive Beweggründe rücken nach vorne. Deshalb ist es auch wichtig, wenn wir den Patienten eine große Auswahl unter mehreren Therapeuten lassen. Diese müssten aber vertraglich mit der Kasse verbunden sein.

***?** Das heißt also, auch bei der Ausschreibung von Einzelverträgen wird an der freien Therapeutenwahl der Patienten in einem gewissen Rahmen nicht gerüttelt?*

Ja, aus den genannten Gründen müssen auch Einzelverträge so gestrickt werden, dass sie ein breites Therapeutenspektrum ermöglichen.

KV Baden-Württemberg verspätet

Broschüre über Praxisbesonderheiten veröffentlicht

Nachdem bereits im Juli Praxisbesonderheiten für Heilmittelverordnungen des laufenden Jahres mit den Krankenkassen vereinbart wurden (wir berichteten in up 08/2009), hat die KV Baden-Württemberg im September endlich gut strukturierte Informationen für die Kassenärzte veröffentlicht.

„Über die Heilmittelausgaben des laufenden Jahres haben wir keinen Überblick. Sind die Aufwendungen in Folge der zum Teil drastisch abgesenkten Richtgrößen zurückgegangen?“ fragt sich KV Vorstandsmitglied Jan Geldmacher im Vorwort der im September 2009 erschienenen Broschüre „Verordnungsforum 11“. Eine Frage, die viele Therapeuten konkret beantworten können.

Der Schwerpunkt der KV Broschüre „Praxisbesonderheiten für Heilmittel“ ist zwar für Ärzte außerordentlich interessant, wird aber erfahrungsgemäß oft nur überflogen. Erfahrungen aus anderen KVen zeigen, dass es bis zu einem ganzen Jahr dauern kann, bis alle Ärzte die Praxisbesonderheiten in die tägliche Verordnungspraxis übertragen haben. Hier bietet sich an, die Broschüre zu lesen und anschließend Ärzte auf die vielen Indikationen aufmerksam zu machen, die durch die Anerkennung als Vorab-Praxisbesonderheit eine regresssichere Verordnung garantieren.

Die Broschüre finden Sie im Internet unter www.kvbawue.de oder Sie lassen sich die PDF-Datei kostenlos von der praxiswissen24-Hotline (0800/9477360) zumailen.

Therapeuten können die Heilmittel verordnenden Ärzte unterstützten, indem sie auf die Broschüre der KV aufmerksam machen. Das ist sowohl im Interesse der Ärzte (Regresse vermeiden) als auch im Interesse der Patienten (angemessene Versorgung mit Heilmitteln). Zudem müssen Heilmittelerbringer dann nicht mehr zwischen den berechtigten Wünschen der Patienten und Schreckensszenarien der Ärzte vermitteln. *bu*

KV Schleswig-Holstein wettert gegen Heilmittelverordnung

In Schleswig-Holstein waren die Proteste der Ärzte gegen die Honorarreform besonders hoch. Nun steht fest: Pro Patient erhalten sie tatsächlich deutlich weniger Honorar. Will die KV SH davon ablenken, indem sie gegen Heilmittelverordnung wettert?

Mehr Geld für viel mehr Arbeit: Auf diese Formel lassen sich die Auswirkungen der Honorarreform für die Ärzte im Norden vereinfachen. Laut einer Studie des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein landen die Ärzte zwischen Nord- und Ostsee mit einem Durchschnittshonorar von 52 Euro je GKV-Fall im ersten Quartal 2009 vier Euro bzw. sieben Prozent unter dem Vorjahresniveau. Auch der Wert von 2007 (53 Euro) wird nicht erreicht. Das Gesamthonorar aller schleswig-holsteinischen Ärzte dagegen ist von 219 Millionen Euro im ersten Quartal 2007 auf 232 Millionen Euro in I/2008 und schließlich auf 236 Millionen Euro in I/2009 gestiegen.

KV wettert gegen zu hohe Heilmittelverordnung

Während die KV Ärzte bei den Honoraren benachteiligt sieht und ein Entgegenkommen von Politik und Krankenkassen erwartet, startet sie fast zeitgleich eine „Informationskampagne“, in der sie gemeinsam mit Krankenkassen auf vermeintlich hohe Verordnungskosten im Heilmittelbereich aufmerksam macht. „Ihr Arzt haftet mit seinem Honorar für seine Heilmittelverordnungen“, heißt es etwa in dem Schreiben für die Patienten.

In einem Artikel nur für die Ärzte wird versucht, Ursachenforschung zu betreiben. So wird etwa vermutet, dass landesspezifische Unterschiede dazu führen, dass die Physiotherapie-Verordnungen über dem Durchschnitt liegen. So wird in Schleswig-Holstein häufiger als in anderen Bundesländern ambulant operiert – folglich wird auch mehr Krankengymnastik benötigt. Für die über dem Durchschnitt liegenden Verordnungen für Ergotherapie und Sprachtherapie dagegen lässt sich nach Darstellung der KV keine Begründung finden: „Hier stellt sich die Frage, ob jede Verordnung wirklich streng indikationsgerecht erfolgte, da nicht davon auszugehen ist, dass unsere Kinder kranker sind als im Bundesdurchschnitt.“ Fest steht, dass die Fallzahl bei den Kinderärzten im Norden fast konstant ist.

Immer mehr Patienten

Das gestiegene Gesamthonorar aller Ärzte in Schleswig-Holstein reicht aber nicht aus, den zunehmenden Patientenandrang auf konstantem Niveau zu vergüten. Denn die Fallzahl stieg im gleichen Zeitraum von 4,1 auf 4,5 Millionen. Weil die zunehmenden Patienten von einer nahezu konstanten Arztzahl (sie stieg von 4991 auf 5007) behandelt werden muss, ergibt sich unter dem Strich pro Arzt auch ein höherer Quartalsumsatz, nämlich 47.235 Euro statt 43.862 Euro in I/2007 (2008: 46.241 Euro).

Der Honorarrückgang pro Patient zieht sich durch fast alle Fachgruppen. Nur Kinderärzte und die psychotherapeutischen Fachgruppen können ein Plus verbuchen. Für die Hausärzte sinkt das Honorar je Patient von 54,25 Euro in 2008 auf 53,04 Euro in 2009.

di

Neue Internetseite: www.up-aktuell.de

unternehmen praxis geht online

Seit drei Jahren informiert unternehmen praxis nun schon Praxisinhaber aus dem Heilmittelbereich über betriebswirtschaftliche Themen, Praxismanagement und Gesundheits- und Berufspolitik mit einer wöchentlichen E-Mail Ausgabe und monatlich als Print Version. Jetzt geht up online und bietet Ihnen noch mehr Informationen und Service.

Nutzen Sie das riesige Online Archiv!

Auf www.up-aktuell.de lesen Sie aktuelle News aus der Gesundheitspolitik, aus den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Verbänden und Krankenkassen. Mit dem Newsticker bringen wir Sie immer auf den neuesten Nachrichtenstand. Zusätzlich finden Sie im Archiv rund 1.000 Artikel, Interviews und Kommentare, die viele nützliche Tipps und Anregungen für das tägliche Praxismanagement liefern.

Mit zwei Klicks zu Ihrer Meinung!

Standpunkte klarmachen und dort hinterfragen, wo Berichterstattung aufhört. Zur reinen Nachricht die eindeutige Bewertung – aber eben klar getrennt voneinander und nicht anonym.

Lassen Sie sich von Kommentaren und Interviews von Fachleuten zum Diskutieren anregen. Sagen Sie Ihre Meinung und kommentieren und bewerten Sie Artikel. Klicken Sie dafür auf die aktuelle Ausgabe und schon haben Sie das Inhaltsverzeichnis vor sich. Nun noch Artikel auswählen, anklicken und loskommentieren.

Lassen Sie sich inspirieren!

Von anderen Praxisinhabern oder Unternehmen lernen! Hier finden Sie Best-Practice Beispiele, Werbeideen und viele weitere Anregungen für Ihre Praxis! Meistens so einfach, dass Sie die Ideen sofort in die Praxis umsetzen können.

Für Sie immer konkret!

Sie wollen wissen, wie man eine Teambesprechung optimal gestaltet? Praktisch und sofort umsetzbar – ohne viel Gerede? Kein Problem, wir stellen Ihnen Anleitungen und Checklisten für den Praxisalltag zur Verfügung. Noch nie wurden Ideen so einfach präsentiert.

Besuchen Sie uns unter
www.up-aktuell.de

Krankenkassen-Fusion

Gmünder und Barmer werden größte Kasse

Mit dem Zusammenschluss von Gmünder Ersatzkasse (GEK) und Barmer soll die größte Krankenkasse in Deutschland mit 8,6 Millionen Versicherten entstehen. Der GEK-Verwaltungsrat stimmte im schleswig-holsteinischen Plön mehrheitlich für die Fusion.

Die endgültige Entscheidung hängt nun noch vom Verwaltungsrat der Barmer ab. Eine Zustimmung gilt als absehbar. „Ein Zusammenschluss von Barmer und GEK wäre ein Meilenstein in der Gesetzlichen Krankenversicherung", meinte der Vorstandsvorsitzende der Barmer, Dr. Johannes Vöcking, in einer Pressemitteilung der Kasse.

Zur Begründung der Fusion, die zum 1. Januar 2010 stattfinden soll, sagte GEK-Chef Schlenker gegenüber der „Rheinischen Post": „Der Gesundheitsfonds gibt die Rahmenbedingungen vor, dass die Krankenkassen größer und stärker am Markt werden müssen. Die Krankenkassen müssen Vertragspartner von Ärzten, Krankenhäusern und Pharmaunternehmen werden."

Für eine Kasse, die zwei Prozent Marktanteil habe wie die Gmünder, sei es schwierig, gute Konditionen auszuhandeln, betonte er. Die neue Großkrankenkasse mit den 6,9 Millionen Barmer- und den 1,7 Millionen GEK-Versicherten werde nach Schlenkers Worten ohne Zusatzbeitrag ins Jahr 2010 starten. *pm*

GKV-Schätzerkreis hat getagt

Gesundheitsfonds: Ohne Moos nix los

Der GKV-Schätzerkreis hat getagt und sagt für 2010 voraus: Ebbe im Gesundheitsfonds. Bei prognostizierten Ausgaben in Höhe von 174 Mrd. Euro und veranschlagten Einnahmen in Höhe von 167 Mrd. Euro klafft eine Deckungslücke von 7,4 Mrd. Euro.

Sollte die Prognose des Schätzerkreises eintreten, dann bleiben nur wenige Möglichkeiten, die Deckungslücke zu schließen. Eine erhöhte Zuweisung aus dem Bundeshaushalt ist mit der neuen Regierungskoalition vermutlich nicht zu machen, denn schon heute beträgt der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds fast 12 Milliarden Euro und die Kassen des Bundes sind leer. Stattdessen könnte die Regierung beschließen, die einheitlichen Beiträge der Versicherten zu erhöhen. Eine Variante, die den Zielen der Regierungspartei FDP deutlich entgegensteht. So dürfte es vermutlich zu einer flächendeckenden Erhebung von Zusatzbeiträgen der Krankenkassen kommen. Das wäre eine Variante, die allen Leistungserbringern entgegenkäme.

Die Kassen sehen diese Möglichkeit skeptisch, denn die Höhe des Zusatzbeitrags ist auf ein Prozent des Bruttoeinkommens begrenzt. Bedingt durch viele gering verdienende Mitglieder könnte der Zusatzbeitrag also nicht ausreichen, um die Deckungslücke zu schließen.

Unangenehm wäre das Kürzungs-Szenario auch für Heilmittelerbringer: Statt die Einnahmen zu erhöhen, werden die Ausgaben gesenkt, indem der Leistungskatalog der GKV zusammengestrichen wird. Das ist vor allem für die Leistungserbringer problematisch, die keine starke Lobby haben – also z. B. alle Heilmittelerbringer. *bu*

Weitere Infos unter www.gkv-spitzenverband.de

FH für Gesundheitsberufe in Bochum

Der Landtag in Nordrhein-Westfalen hat am 9. Oktober 2009 das „Gesetz zum Aufbau der Fachhochschule für Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen" verabschiedet.

Zum 1. November 2009 soll in Bochum die bundesweit erste Fachhochschule für Gesundheitsberufe in staatlicher Trägerschaft errichtet werden. So sieht es der Gesetzentwurf vor, mit dem die Landesregierung auf die gestiegenen Anforderungen in den Pflege- und nichtärztlichen Heilberufen reagiert.

Zu dem Gesetzentwurf lag ein Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und Grünen vor. Diese forderten unter anderem die Ergänzung des Artikel 1 §1 Abs.1: „Dort wird den Absolventen/Innen ein doppelqualifizierender Abschluss ermöglicht: die Berufszulassung und der Bachelor" mit der Begründung: „Das Ziel, das in der Präambel des Gesetzentwurfs zum Ausdruck kommt: „Zentrales Element ist eine grundständige generalistische akademische Erstausbildung, unmittelbar an der Fachhochschule, die mit dem Bachelor-Grad sowie der Berufszulassung im Rahmen der beruflichen Regelungen abschließt." soll im Gesetz selbst verankert werden."

Dieser Antrag wurde mit den Stimmen von CDU und FDP gegen die Stimmen der antragstellenden Fraktionen abgelehnt. In der abschließenden Abstimmung wurde der Gesetzentwurf unverändert mit den Stimmen von CDU und FDP bei Enthaltung der SPD und Grünen einstimmig angenommen und verabschiedet. Das Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft. *ko*

Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe

Ärzte und Physiotherapeuten streiten über den „Direktzugang“

Wer darf diagnostizieren – wer verordnen? Auf dem 24. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. in Hannover wurde heftig diskutiert. Das Ergebnis: kalter Kaffee mit einem Schuss Kooperationsunfähigkeit.

Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Cornelia Goesmann musste während des Kongresses viel Gegenwind hinnehmen: Obwohl sie das Tagungsthema „Mehr Kooperation auf Augenhöhe“ offenbar mitentwickelt und unterstützt hat, schlug sie sich, als es zum Schwur kam, selbstverständlich auf die Seite ihrer Berufskollegen. Auf der Podiumsdiskussion zur Eröffnung der Jahrestagung erklärte denn auch Ute Repschläger, die erste Vorsitzende des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten (IFK): „Ich bin enttäuscht von der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Sie wollen, dass wir Physiotherapeuten nur auf Überweisung der Ärzte tätig werden. Aber wir wollen den Direktzugang.“

Primat der Ärzteschaft gefordert

Goesmann hatte sich während der gerade zurückliegenden Delegiertenversammlung der Bundesärztekammer in Berlin klar positioniert und sich für das Vorrecht der Ärzte ausgesprochen. „Kenntnisse bestimmen die Kompetenz“, sagte Goesmann zur Kooperation zwischen Hausärzten und Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern nun auch auf dem Podium in Hannover. Mit ihrer Haltung liegt Goesmann ganz auf der Linie des Ärztetages. Der fasste in Mainz in diesem Jahr folgende Entschließung: „Der Deutsche Ärztetag lehnt den Direktzugang zum Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern aus Gründen der Patientensicherheit ab. Physiotherapeutische Maßnahmen bzw. Heilmittel müssen Teil der ärztlich verantworteten Diagnostik und Therapie (...) bleiben.“ [Anm. d. R.: wir berichteten in der Ausgabe 07/2009] Im Anschluss an diese Haltung forderte Goesmann also das Primat der Ärzteschaft, offenbar in der Meinung, die Kenntnis der Physiotherapie reichen nicht aus – zum Ärger Repschlägers. „Diagnostik und Verordnung gehören in ärztliche Hand“, beharrte Goesmann, „beim einem Patienten mit Rückenschmerzen kann nur ein Arzt entscheiden, ob es sich dabei um Nierensteine, eine psychosomatischer Erkrankung oder sonst was handelt!“ Der Arzt lege die diagnostischen Schritte fest und übergebe dann „an den Logopäden oder Physiotherapeuten.“

Die Vorsitzende des IFK Ute Repschläger kritisierte das Vorgehen der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Cornelia Goesmann

Es blieb beim Diskutieren – Lösungsvorschläge wurden von den Teilnehmern der Podiumsdiskussion nicht gefunden

Beim Thema „Geld“ hörte die Kooperationsbereitschaft auf

Natürlich wurden nicht nur medizinische Aspekte des Problems beleuchtet. Es ging den Diskutierenden auch um‘s Geld. Wenn bisher ärztliche Tätigkeiten an Heilberufe abgegeben würden, verlören die Ärzte Geld – Geld, das die Heilberufler dringend brauchen. Darauf wies besonders Thomas Meißner vom Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. hin. „Es sollte beim Geld doch wohl um die faire Verteilung an alle Beteiligten gehen“, sagte Meißner unter dem Beifall des Publikums, „aber wir erleben, dass Frau Goesmann und die Ärzte ihre Sache machen und die anderen sollen sich dann um das Geld schlagen.“

Wirklich gute Bespiele für eine funktionierende Kooperation zwischen Ärzten und Heilberufen mochten die Podiumsteilnehmer nicht so recht finden. „Natürlich gibt es brauchbare Ansätze“, erklärte Meißner für die Pflege, „die spielen sich aber oft in einer Grauzone ab und sind juristisch nicht abgedeckt. Wenn etwas geändert wird, dann muss das ganze System der Zusammenarbeit geändert werden.“

ben

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

Neue Gebühren- und Vertragsvereinbarungen beschlossen

Der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) hat bereits am 1. Oktober 2009 mit den physiotherapeutischen Verbänden neue, bundesweit geltende Rahmen- und Vergütungsverträge vereinbart.

Dies bestätigte der LSV-SpV in einer Pressemitteilung, nachdem die Verhandlungen sich bislang im Unterschriftenverfahren befanden. Über die Ergebnisse wollte der Spitzenverband trotz mehrmaliger Nachfrage von up bislang keine Aussagen machen. Nach wie vor befänden sich die Verträge im Unterschriftenverfahren.

Das widerspricht der Meldung des ZVK vom 15.10.2009: „Auf seiner Sitzung am 01.10.2009 hat der Gesamtvorstand des ZVK – gegen die Stimme des Landesverbandes Baden-Württemberg – der neuen Gebührenvereinbarung und dem neuen Rahmenvertrag mit den landwirtschaftlich Krankenkassen zugestimmt. Mit Ausnahme des Bundeslandes Baden-Württemberg werden danach in vielen Vertragsbereichen nahezu alle Preise – teilweise deutlich über 5–10 % – angehoben. In den neuen Bundesländern werden darüber hinaus mit der neuen Vereinbarung nahezu 80 % aller Positionen (wie z. B. die Positionen KG, MT, KG-ZNS, etc.) auf dem Niveau der Ersatzkassen in den alten Bundesländern vergütet“. Wann die neuen Gebühren- und Vertragsvereinbarungen nun endlich veröffentlicht werden, bleibt nach Aussage des Spitzenverbandes ungewiss. Interessierte können auf der der Seite www.lsv.de nach Neuigkeiten stöbern. *ko*

Zukunft gehört regionalen Versorgungszentren

Weg von der zentralistischen Steuerung, hin zur regionalen Versorgungsstruktur: In diese Richtung wird sich nach Ansicht von Experten die Gesundheitslandschaft in Deutschland entwickeln. Für Therapeuten wird damit die Vernetzung vor Ort immer wichtiger.

Noch gibt es nur wenige Modelle in Deutschland, die über ein eigenes Versorgungsbudget für eine Region verfügen und selbst entscheiden, für welche Leistungen dieses Geld verwendet wird. An der Nordseeküste beispielsweise wird dies in zwei Landkreisen erfolgreich für die psychiatrische Versorgung praktiziert. Fachübergreifend unter Einbeziehung von Therapeuten gelingt dies – wie berichtet – im Projekt Gesundes Kinzigtal. Weitere Projekte sind in Vorbereitung.

Zukunftsträchtig: regionale Versorgung

Viele Experten sind inzwischen der Überzeugung, dass dies keine Einzelfälle bleiben sollen, sondern dass regionalen Versorgungsbudgets die Zukunft gehört. Helmut Hildebrandt von Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, dessen Unternehmen u. a. das Gesunde Kinzigtal betreut, sieht trotz der zu beobachtenden Zentralisierung der Entscheidungen bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen keine Alternative zur Rückbesinnung auf die Regionalisierung.

„’One size fits all’ funktioniert im Gesundheitswesen nicht, dazu sind die regionalen Unterschiede zu groß. Die Region ist eine Ebene, die die Komplexität reduzieren kann“, sagte Hildebrandt jüngst auf einer Tagung seines Unternehmens in Hamburg. Unterstützung signalisieren einige Ländervertreter, in denen entsprechende Modelle laufen – und in denen die Leistungserbringer wegen der Zentralisierung unzufrieden sind. Johannes Hallauer, Abteilungsleiter im Schweriner Gesundheitsministerium, setzt sich beispielsweise für mehr Gestaltungsmöglichkeiten der Länder ein. Wo das hinführen könnte, zeigen Überlegungen von Hallauer zu den Rehakliniken in seinem Land, das bekanntlich einen Ärztemangel erwartet. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es 64 Rehakliniken mit mehr als 400 angestellten Ärzten (bei gerade mal 2.400 niedergelassenen Ärzten). Die Arbeitskraft der Reha-Ärzte könnte bei einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung auch in unterversorgten Gebieten genutzt werden – bislang ist dies nicht möglich.

Umdenken auch bei den Kassen

Dass auch die Krankenkassen anfangen umzudenken, zeigen Äußerungen von DAK-Chef Herbert Rebscher, der sagte: „Wir denken bei der Beurteilung von Versorgungsverträgen zu wenig daran, wie sie sich in der konkreten Situation auswirken. Nur weil wir etwas nach rationalen Gesichtspunkten für sinnvoll halten, muss es von den Empfängern nicht auch so empfunden werden.“

Als Probleme könnten sich bei regionalen Versorgungsmodellen die Mittelverteilung und die Aufnahme von neuen Leistungserbringern erweisen. So diskutieren derzeit in Dithmarschen niedergelassene Ärzte kontrovers darüber, ob ihr Budget in einen Topf mit dem des örtlichen Klinikums geworfen werden sollte. Erfahrungen aus dem Kinzigtal zeigen, dass es sinnvoll ist, die Mittelverteilung mit Unterstützung eines externen, neutralen Unternehmens zu verhandeln. Hilfreich ist, wenn die Krankenkassen hierbei mehr Mittel als in der Regelversorgung ausschütten, weil sie im Gegenzug etwa bei Klinikeinweisungen oder bei Medikamentenverordnungen Geld sparen. *di*

Aufklärungskampagne über Therapiefreiheit

Ein Hamburger Ärztenetz, zu dem auch sieben physiotherapeutische Praxen und eine ergotherapeutische Praxis zählen, wendet sich mit Informationsblättern an die Patienten. Ziel ist es, mit ihnen über medizinische Versorgungszentren und Therapiefreiheit ins Gespräch zu kommen – auch nach den Wahlen.

Eine individuelle Betreuung ihrer Patienten wollen die Therapeuten und Ärzte vom Hamburger Ärztenetz auch in Zukunft sicherstellen.

In vielen Wartezimmern dominieren noch immer die populären Lesemappen. Auch die Praxen des berufsübergreifenden Ärztenetzes Hamburg Nordwest werden darauf künftig nicht verzichten. Doch neben den gängigen Magazinen von Gala bis Spiegel finden Patienten auch Informationen über die Situation im deutschen Gesundheitswesen.

Gesundheitspolitik verdrängt freien Arzt

„Der selbstständige, niedergelassene, freie Arzt wird durch die aktuelle Gesundheitspolitik verdrängt", heißt es etwa auf Informationsblättern in den Wartezimmern. Flankiert wird die Kampagne, die von einer PR-Agentur begleitet wird, durch Presseinformationen an Tageszeitungsredaktionen, in denen über die Sicht der Praxisinhaber zum Gesundheitswesen und den damit verbundenen Konsequenzen für die Patienten aufgeklärt werden soll.

In der ersten Mitteilung wurden die Journalisten unter dem Motto „Hamburger Standpunkte für eine patientenorientierte Gesundheitspolitik" über die Rolle der selbstständigen Praxisinhaber für die Versorgung aufgeklärt. „Dieses System garantiert die erste Anlaufstelle für den Patienten in Nähe seines Wohnortes und verhindert lange Wartezeiten. Dieses System bringt teure Spezialmedizin erst dort ins Spiel, wo sie wirklich erforderlich ist. Somit ist es effektiv, patientenorientiert und kostengünstig", heißt es in der Pressemitteilung, die auch Daten zur Entwicklung der Praxen und von Medizinischen Versorgungszentren in Hamburg enthielt.

Keine langfristige Arzt-Patientenbeziehung

Der Netzvorsitzende und HNO Arzt Hans-Jürgen Juhl verweist in dem Pressetext auf mögliche Folgen, wenn Behandlungen in MVZ verlagert werden müssen, die nicht von niedergelassenen Ärzten betrieben werden: „Der Patient wird hier von angestellten Ärzten behandelt, die häufig wechseln. Dem Patienten ist es kaum möglich, eine langfristige Arzt-Patientenbeziehung aufzubauen." Unterstützung bekommt das Netz für diese Linie von der Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg. „Ein institutionell getragenes MVZ kann die Ansprüche der Patienten an wohnortnah und individuell häufig nicht erfüllen", wird KV-Chef Dieter Bollmann in den versandten Pressetexten zitiert.

Diese Art der Information ist zwar nicht neu. Aber sie führt über den abgeschlossenen Wahlkampf hinaus und setzt auf kontinuierliche Aufklärung. *di*

Heilmittelvereinbarungen Brandenburg

Richtgrößen 2009 um 7, 9 Prozent höher

Die jetzt endlich veröffentlichten Heilmittelvereinbarungen legen fest, dass sich die Heilmittelrichtgrößen für Ärzte in Brandenburg um rund 7,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr erhöhen. Die Erhöhung gilt rückwirkend zum 1. Januar 2009. Logopädie und Ergotherapie bleiben auch in 2009 Praxisbesonderheiten.

Fast 100 Millionen Euro (€ 94.475.500) haben Kassen und KV Brandenburg als Heilmittelbudget für das Jahr 2009 festgelegt. Die tatsächlichen Ausgaben der Kassen für Heilmittel betrugen laut GKV-HIS rund 93 Millionen Euro, so dass die Ärzte in Brandenburg für das Abrechnungsjahr 2009 vermutlich wenige Probleme mit Heilmittelregressen haben werden.

In der aktuellen Prüfvereinbarung vom Augst 2009 findet sich in Anlage 2 eine umfangreiche Liste mit Praxisbesonderheiten, die im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem Verordnungsvolumen des jeweiligen Arztes heraus gerechnet werden. Besonders interessant für Logopäden und Ergotherapeuten: Auch in den Jahren 2008/2009 sind ihre Leistungen immer noch Praxisbesonderheiten.

Für die Praxisbesonderheiten haben die Vertragspartner Symbolnummern vereinbart, die bei der Abrechnung des Arztes mit der KV gleich signalisieren, dass es sich hier um Praxisbesonderheiten handelt. Für Heilmittelerbringer mag es sinnvoll sein, diese Praxisbesonderheiten noch einmal mit den jeweiligen Ärzten zu besprechen, weil erfahrungsgemäß die Informationen zu Heilmittelvereinbarungen nur unvollständig im Bewusstsein einiger Ärzte ankommt.

bu

Service: Wer für solche Arztgespräche die Heilmittelvereinbarung und die Prüfvereinbarung im Original benötigt, kann sie auf den Internet-Seiten der KV Brandenburg (www.kvbb.de) downloaden oder bei der praxiswissen24-Hotline kostenlos abrufen.

Ärzte bald wieder nach Einzelleistung bezahlt?

Modellversuch: Abkehr von Budgets

Im Norden drängt die Kassenärztliche Vereinigung (KVSH) die Politik zu einem entsprechenden Modellversuch. Auch für Heilmittelerbringer dürfte der Ausgang spannend werden.

„In den nächsten sechs Jahren werden in Schleswig-Holstein rund 900 Hausärzte – und damit fast die Hälfte der Allgemeinmediziner – in Ruhestand gehen. Nachwuchs in derselben Größenordnung ist nicht in Sicht", fasste die KVSH die wichtigste Botschaft ihres aktuellen Berichtes zur ambulanten Versorgung im Norden zusammen. Danach ist nur jeder fünfte hausärztlich tätige Vertragsarzt in Schleswig-Holstein jünger als 45 Jahre. Auch in der fachärztlichen Versorgung drohen erhebliche Lücken. Ohne Nachbesetzungen wird etwa die Zahl der Gynäkologen im Land von heute 332 auf 197 im Jahr 2015 sinken. Die Zahl der Augenärzte wird ohne Nachfolger von 175 auf 115 zurückgehen.

Kurswechsel in Gesundheitspolitik gefordert

Gründe für die nachlassende Motivation junger Ärzte, in die Niederlassung zu gehen, vermutet die KVSH in den „unberechenbaren Verdienstmöglichkeiten", in hohen Investitionskosten und in der Überregulierung im Gesundheitswesen. Da zugleich der Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung steigt, forderte die KVSH einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik, der mehr Gestaltungsspielraum in der regionalen Versorgung schafft.

Auf Landesebene will die KV als unmittelbar Beteiligte bei der Krankenhausplanung mitreden. Begründung: „Jede Entscheidung zur Krankenhausplanung hat unmittelbare Auswirkungen auf die ambulante Versorgung." Vom Land erwartet die Körperschaft konkrete Unterstützung bei der Nachwuchsgewinnung in der ambulanten Medizin. Dies koppelt sie mit dem Vorstoß nach einer grundlegenden Neugestaltung der Honorierung ärztlicher Leistungen.

Vergütung nach Einzelleistung

Diese hatte den Ärzten bundesweit zwar gerade einen Zufluss in Milliardenhöhe beschert. Die Ärzte profitierten davon aber je nach Region und Fachgruppe sehr unterschiedlich. In vielen Fällen sehen die Ärzte damit nur einen Teil ihrer unter Budgetbedingungen nicht honorierten Leistungen abgedeckt. Deshalb drängt die KVSH nun auf eine Abkehr von Budgets, zurück zur Vergütung jeder einzelnen erbrachten Leistung. Dafür will die KVSH den Norden als Modellregion gewinnen.

Für andere Gesundheitsberufe dürfte interessant sein, inwieweit die Politik bereit ist, angesichts drohender Unterversorgung auf Vorschläge einzelner Lobbygruppen einzugehen. Denn die Einzelvergütung birgt für die Krankenkassen die Gefahr, dass sie deutlich mehr als bislang für die ärztliche Vergütung ausgeben müssten. *di*

Regelmäßiges Training senkt Knochenbruch-Risiko

Durch regelmäßiges Training können Frauen über 65 Jahre das Risiko von Knochenbrüchen deutlich senken. Dies ergab eine Studie der Universität Erlangen, in der Frauen 18 Monate lang ein Multifunktionstraining absolvierten. Fazit: Die Knochendichte in der Lendenwirbelsäule wurde stabilisiert und bei zusätzlichen Beinkräftigungsübungen auf Vibrationsplatten verringerte sich die Sturzhäufigkeit.

Die Erlanger Langzeit Vibrations-Studie (ELVIS) um Dr. Simon von Stengel hat 151 Frauen im Alter zwischen 65 und 76 Jahren untersucht, um die Veränderung der Knochendichte und die Sturzrate zu ermitteln.

Trainiert wurde in drei Gruppen: 50 Frauen nahmen zwei Mal pro Woche für eine Stunde an einem konventionellen Training (20 Minuten Aerobic, 25 Minuten Funktionsgymnastik, 15 Minuten Beinkrafttraining auf Vibrationsplattformen ohne Vibration) teil. Die zweite Gruppe machte in den letzten 15 Minuten Beinkräftigungsübungen mit Vibrationstraining. Die dritte Gruppe war die Wellness-Kontrollgruppe, die einmal wöchentlich ein sanftes Gymnastik- und Entspannungsprogramm absolvierte. Alle Studienteilnehmerinnen nahmen täglich Kalzium und Vitamin D zu sich.

Die Ergebnisse der ELVIS-Studie finden Sie unter www.ofz.uni-erlangen.de

Knochendichte stabilisiert und Sturzrate verringert

Die Bilanz nach 18 Monaten: In den beiden Trainingsgruppen hatte sich die Knochendichte an der Lendenwirbelsäule besonders bei den Frauen mit klassischem Multifunktionstraining erhöht, und zwar um 2,1 Prozent und bei den Frauen mit Vibrationstraining um 1,5 Prozent, während es in der Kontrollgruppe keine Veränderungen gab. Gemessen wurde mit Hilfe der DXA (Dual-X-Ray-Absorptiometrie)-Methode. In der Hüftregion war die Knochendichte in beiden Trainingsgruppen konstant geblieben, in der Kontrollgruppe hatte sie hingegen abgenommen.

Bei Frauen, die das Vibrationstraining absolvierten, war die Sturzrate mit 0,7 Stürzen pro Teilnehmerin signifikant niedriger als bei der Kontrollgruppe (1,5 Stürze). In der Trainingsgruppe ohne Vibrationstraining betrug die Sturzrate 1,0 pro Person. *pm*

Stiftung Warentest besucht Fitnessstudios

Fitnesstrainer oft inkompetent

Nur ein Fitnessstudio von acht getesteten ist „gut". Zu diesem Ergebnis kommt die Stiftung Warentest in der Oktober-Ausgabe 2009 ihrer Zeitschrift „test", nachdem sie Fitnessstudioanbieter unter die Lupe genommen hat. Gute Nachrichten also für alle Praxen, die gerätegestützte Trainingstherapie anbieten.

Elf Männer und Frauen zwischen 20 und 54 Jahren meldeten sich im Auftrag der Stiftung Warentest in insgesamt 24 Studios acht großer Fitnessketten an, unter anderem in Hamburg und Berlin, Köln und München. Die Studioneulinge suchten sportlichen Ausgleich für den Alltag, wollten Beweglichkeit und Kondition verbessern, Muskeln und Rücken stärken oder Übergewicht reduzieren. Dabei sollten die Fitnessexperten der Studios sie mit einem geeigneten Trainingsplan unterstützen – so die Erwartungen der Stiftung Warentest – und sie in die Nutzung von Ausdauer- und Kraftgeräten einweisen.

Das Ergebnis: Für Jahresbeiträge zwischen 220 und 1.840 Euro bieten Fitnessstudios gute Geräte, zum Teil auch vielfältige Kurse. Doch im Alltag werden die Trainierenden häufig allein gelassen. Und noch immer gibt es Verträge, die gravierende Mängel haben und die Kunden deutlich benachteiligen.

Am besten schnitt Meridian Spa mit seinen Studios in Hamburg und Berlin ab, denen die Tester professionelle und engagierte Trainingseinführung in angenehmer Atmosphäre bescheinigten. Dieser Anbieter schnitt als einziger mit dem Qualitätsurteil „Gut" ab. Die Hälfte der getesteten Studios – Elixia, Holmes Place, Fitness First und McFit – schafften es hingegen nur mit einem „Ausreichend" ins Ziel. Größter Kritikpunkt: Mängel bei der Trainerkompetenz und der kontinuierlichen Betreuung. Bei Elixia kamen Schwächen bei der Trainingseinführung dazu, beim Holmes Place mangelnde Preistransparenz, bei McFit fehlende individuelle Beratung. *bu/pm*

Nutzen Sie die Testergebnisse, um Ihren Patienten den Wert von individueller Betreuung deutlich zu machen.

Tipp: Wenn Sie Patienten an Fitnessstudios verlieren bzw. mit Ihrem Angebot im Wettbewerb zu Fitnessstudios stehen, können Sie die Testergebnisse nutzen, um deutlich zu machen, dass die individuelle Betreuung in Ihrer Praxis den Preis mehr als Wert ist. Die Qualität eines gut ausgebildeten Physiotherapeuten ist eben nicht durch Trainer zu ersetzen! Das größte Problem aller Studios war die kontinuierliche Betreuung der Fitnesskunden im Studioalltag.

test Fitnessstudios 10 / 2009

www.test.de	Preisspanne für Jahresbeitrag (gegebenenfalls inklusive Einmalgebühren) laut Anbieter, gerundet in Euro.	Trainingseinführung	Trainingsbetreuung	Trainingsbedingungen	Mängel in den AGB	test-QUALITÄTSURTEIL
Gewichtung		35 %	35 %	30 %	0 %	100 %
Mit Kursangebot						
Meridian Spa	1030 bis 1300	1 3	2		sehr gering bis gering 3)	GUT (2,1)
Injoy	780 bis 1020	2 3	3		sehr gering bis gering 3)	BEFRIEDIGEND (2,7)
Health City	800 bis 920	2 3	3		deutlich *)	BEFRIEDIGEND (3,2)
Elixia 1)	810 bis 1150	4 4	2		sehr gering bis gering 3)	AUSREICHEND (3,7)
Holmes Place	800 bis 1600	3 5	*)	3	keine bis gering 3)	AUSREICHEND (4,1)
Fitness First	640 bis 1840	3 5	*)	3	gering	AUSREICHEND (4,2)
Ohne Kursangebot						
Kieser 2)	490 bis 560	3 3	2		gering	BEFRIEDIGEND (2,6)
McFit	220	3 5	*)	2	gering	AUSREICHEND (3,9)

Bewertungsschlüssel der Prüfergebnisse: = Sehr gut (0,5–1,5). 2 = Gut (1,6–2,5). 3 = Befriedigend (2,6–3,5). 4 = Ausreichend (3,6–4,5). 5 = Mangelhaft (4,6–5,5). **Bei gleichem Qualitätsurteil Reihenfolge nach Alphabet.**
***) Führt zur Abwertung.**
1) Anbieter hat Insolvenz beantragt. Angebotsänderungen möglich. 2) Nur Krafttraining möglich. 3) Studios verwenden Verträge und allgemeine Geschäftsbedingungen uneinheitlich, Bewertungsspanne angegeben.

Eine Praxis für IGeL

Bremer Hausarzt will Selbstzahler-leistungen attraktiver machen

Seine Privatpraxis sieht er als Modell. Der Bremer Allgemeinarzt Dr. Franz Jürgen Sperlich will so etwas aufbauen, wie ein Service-Center für IGeL-Angebote. „Anders Leben“ nennt er sein geplantes Gesundheits-Netzwerk. Ob reisemedizinische Beratungen, Dorn-Breuss-Behandlungen oder spezielle Lernförderung – IGeL-Angebote sind auch für Therapeuten oft mehr als ein Zubrot.

Groß ist es hier nicht, aber chic. Dr. Franz Jürgen Sperlich hat seine kleine Privatpraxis in der Bremer „Überseestadt“: ein Warteraum mit Couch und Sessel, ein Büro, ein Behandlungsraum mit Liege und imposantem Hafenpanorama. „Ich behandle hier bisher nur ein Handvoll Selbstzahler und Privatpatienten“, berichtet der Hausarzt. Der Standort dürfte paradigmatisch sein

Dr. Franz Jürgen Sperlich, Privatarzt in Bremen, hat Pläne: eine IGel-Praxis für ein Ärzte-Netzwerk.

für das, was Sperlich vorhat: etwas Neues. „Viele Ärzte trauen sich nicht, ihre IGeL in ihrer Kassenarztpraxis anzubieten“, sagt er, „deshalb will ich so etwas schaffen wie ein gemeinsamen Dach für das, was sich die Kollegen in ihrer eigenen Praxis nicht so recht trauen: alternative Behandlungen als IGeL.“ Der Plan: Räume zur Verfügung stellen, die von Kollegen für bestimmte Zeiten gemietet werden können, um dort ihre Patienten mit individuellen Gesundheitsleistungen zu versorgen.

Wieder mehr Arzt sein

Aber der Reihe nach. Nach einem Forschungsjahr im Neuroscience Institut in San Diego/USA hatte der heute 37-Jährige die Hausarztpraxis seines Vaters in Lilienthal bei Bremen sieben Jahre lang geführt und in einem Bremer Krankenhaus gearbeitet. „Ich habe in den Jahren gemerkt, dass wir Hausärzte an unsere Kapazitätsgrenze kommen“, so Sperlich, „der klassische Hausarzt, der mit seinen Patienten auch über die aktuelle Behandlung des gesundheitlichen Problems hinaus spricht, verschwindet immer mehr zu Gunsten des Gesundheitssystem-Lotsens.“ Immer häufiger griff der Hausarzt in der Folgezeit zu alternativen Methoden, die nur per IGeL abzurechnen sind. Akupunktur, homöopathische Medizin und das Arzt-Patienten-Gespräch gehören zu den Anwendungen, die Sperlich heute als Privatarzt bevorzugt anbietet. Auch Therapeuten bieten immer mehr Behandlungen an, die nicht von der GKV bezahlt werden. Sperlichs Idee ist übertragbar: „Ich will nicht nur Kopfschmerzen behandeln, sondern auch zusammen mit den Patienten forschen, woher die Schmerzen stammen könnten.“ Leben kann man davon kaum. Weiteres Standbein seines Jobs sind darum Vorträge – etwa für die Internationale Gesellschaft für Homöopathie und Homotoxologie (IGHH).

Kultur des Heilens

Anfang 2008 hat Sperlich sich noch einmal in den Hörsaal gesetzt, berufsbegleitend, und zwar in Franfurt an der Oder. Die dortige Europa-Universität Viadrina bietet den Masterstudiengang „Komplementäre Medizin – Kulturwissenschaften – Heilkunde“ an. Hier wird im Prinzip gelehrt, was Sperlich am Bremer Europahafen ausprobiert: Medizin und Therapie als Kultur des Heilens. Der viersemestrige Studiengang besteht aus einem Modul „biologische Medizin“ und einem Modul „Sprache-Kultur-Kommunikation“, auf den es besonders ankommt. „Eigentlich dreht es sich genau um den Teil, der in den vergangenen Jahren aus der Medizin verschwunden ist“, sagt Sperlich. Der Allgemeinmediziner setzt darauf, dass das Studium nicht nur den Wissens- Horizont erweitert, sondern auch das Selbstbild von Ärzten und Therapeuten. Es geht also auch um eine Art Persönlichkeitsweiterentwicklung der Studierenden meint Sperlich: „Viele fühlen sich von ihren Arbeitsumständen getreten und getrieben. Wie soll ich aus einer solchen Schwäche heraus helfen?“

IGeL oft zu Unrecht als Abzocke bezeichnet

Genau genommen will Sperlich wieder neu etablieren, wozu die Heilkunst einst angetreten ist – zu heilen statt nur zu versorgen. IGeL würden „oft zu Unrecht als Abzocke“ dargestellt. „Es geht mir nicht um eine Konkurrenzveranstaltung zur etablierten Medizin“, sagt er, „sondern die Ärzte sollen in Ruhe Selbstzahlerleistungen anbieten und dabei zurückkehren können zu dem, weshalb sie einmal Ärzte geworden sind.“ Arzt sein also, statt Mediziner. Sperlich: „Vielleicht können sie diese Angebote ja später in die eigene Praxis einpassen.“

In Lilienthal, da, wo Vater und Sohn Sperlich die alte Hausarztpraxis betrieben haben, hat sich vor fünf Jahren ein Kreis von rund zehn Kollegen gefunden, die sich damals frisch niedergelassen hatten. „Natürlich haben wir über die üblichen Leiden der neu Niedergelassenen gesprochen“, so Sperlich, „aber im Kern ging es immer nur um eines: um Zufriedenheit.“

ben

Werbe-Ideen für die Praxis

Smileys weisen Weg zur Klinik

Taxistand Bonn Hauptbahnhof. Ein Taxi fährt vor. Der Blick fällt auf die Seitentür. Zwei Smileys schauen einen an, ein trauriger und ein lachender: „Beide waren in der Reha ... er bei uns“ steht daneben, und eine gebührenfreie Telefonnummer verweist auf die Kaiser-Karl-Klinik. Eine Marketingidee mit Pfiff – vielleicht auch eine für Ihre Therapiepraxis?

Die Kaiser-Karl-Klinik ist eine Fachklinik für rehabilitative Medizin. Vor einigen Jahren hatte Geschäftsführerin Bärbel Langwasser-Greb die Idee, die Kooperation mit dem „Haustaxi“ der Klinik auszubauen. Und was lag näher als die freien Flächen der Wagen für eine rollende Werbung zu nutzen. Gesagt – getan. Inzwischen fahren drei Taxen und zwei Mietwagen des örtlichen Taxiunternehmens Krog mit den Smileys durch die Stadt – ein echter Hingucker, wie Mitarbeiter Stefan Frevelsänger festgestellt hat: „Viele Fahrgäste bleiben erst einmal stehen und schauen genau hin, bevor sie einsteigen.“

Günstiger und effektiver

Na, sind Sie neugierig geworden? Könnten Taxis als rollende Werbeflächen vielleicht auch eine Idee für Ihre Praxis werden? Nichts einfacher als das. Schauen Sie einfach nach im Branchenbuch oder im Internet unter dem Stichwort Taxi-Werbung. Einer der ältesten Anbieter in Deutschland ist die Mülheimer Taxi-Werbung Schimanski GmbH, die seit 1990 Werbeflächen auf Taxis verkauft – bundesweit. „Im Prinzip“, schränkt Vertriebsleiterin Sandra Draugelates ein, „sofern freie Werbeflächen noch vor Ort vorhanden sind.“ Dies prüfen sie für ihre Kunden, zu denen nicht nur Großunternehmen gehören, sondern auch kleinere wie Wellness-Studios, die zunächst meist mit einem Taxi anfangen.

Die Werbeidee brigt den Patienten direkt in die Praxis

Die Kosten für ein Taxi und ein Jahr Laufzeit liegen bei knapp 230 Euro monatlich. „Taxi-Werbung ist wesentlich günstiger und oft auch effektiver als Printwerbung“, weiß die Expertin. Zum Vergleich: Eine Schwarz-Weiß-Anzeige in der Größe einer Visitenkarte kostet in der Hauptausgabe der Kieler Nachrichten 419 Euro pro Erscheinungstermin. Bei einer Imageanzeige mit

Mit kreativer Taxiwerbung können Heilmittelpraxen auf sich aufmerksam machen

einer Farbe steigt der Preis auf 482 Euro. Beschränkt man sich auf die Holsteiner Ausgabe, muss für eine Anzeige dieser Größe in Schwarz-Weiß 84 Euro gezahlt werden.

Etwas tiefer in die Tasche greifen müssten Sie bei Plakaten mit einem Hinweis auf Ihre Praxis. „Eine solche Werbung läuft meist über mehrere Wochen oder gar Jahre“, erläutert Jörg Lammers von der Ströer Out-of-Home Media AG, Deutschlands Marktführerfür Außenwerbung. Bucht ein Kunde eine Werbefläche auf einer Uhr muss er zwischen 360 und 590 Euro monatlich zahlen – für mindestens ein Jahr.

Entscheidend ist der „Eye-Catcher“

Nach Kenntnissen der Schimanski-Mitarbeiterin belegten Studien, dass fahrende Werbung einen sieben Mal höheren Aufmerksamkeitswert besitze als stehende. Sind also freie Fahrzeuge in Ihrem Ort vorhanden, wird mit dem Kunden ein Vertrag über die Anzahl der Wagen und die Dauer der Laufzeit abgeschlossen. Anschließend beginnt die Gestaltung der Anzeige, die im monatlichen Preis inbegriffen ist, wie Sandra Draugelates betont. Entscheidend für die rollende Werbung sei der „Eye-Catcher“, erklärt sie, der auch im Vorbeifahren sofort ins Auge fallen muss. Daher müsse die Werbung auch anders gestaltet sein als stehende Werbung. „Der Text spielt nur eine Nebenrolle“, fährt sie fort. Nach eventueller Korrekturen in Absprache mit dem Kunden geht die Folie in die Produktion und wird auf dem Fahrzeug platziert. Und nun kann das Taxi mit Ihrem Praxis-Logo durch die Straßen rollen ...

Das Taxi mit den Smileys erreicht sein Ziel. Angesprochen auf den Werbetext auf seinem Wagen strahlt der Fahrer und macht gleich noch kostenlos Reklame für die Kaiser-Karl-Klinik: „Die kann ich nur empfehlen – ich war selbst schon da!“

ks

Uni Mainz eröffnet Therapieinstitut

Physiotherapeut auf Augenhöhe mit Universitätschefs

Die Universitätsmedizin Mainz hat mit der Eröffnung des Instituts für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation am 09. Oktober einen wichtigen Schritt in Richtung Akademisierung der Heilberufe getan. Erstmals übernimmt ein Physiotherapeut die Leitung.

Aus leitendem Physiotherapeuten der Orthopädie wurde Institutschef: Herzlichen Glückwunsch Dr. rer. physiol. Ulrich Betz

Bundesweit einmalig ist, dass ein akademisch ausgebildeter Physiotherapeut die Leitung eines solchen Instituts übernommen hat: Dr. rer. physiol. Ulrich Betz wird von dem ärztlichen Co-Leiter Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Pol Maria Rommens, dem Direktor des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie – Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, unterstützt.

Das neue Institut der Universitätsmedizin Mainz besteht seit dem 1. Juli 2009. Ziele und Aufgaben des Instituts sind in vier Bereiche gegliedert: stationäre und ambulante Patientenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, Lehre und Ausbildung sowie wissenschaftliche Forschung. Konkret heißt das: Die 82 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts versorgen die stationären und ambulanten Patienten mit Heilmitteln, wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, sowohl präventiv als auch kurativ. Gleichzeitig sollen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe mittels vielfältiger Aktivitäten in Forschung und Lehre als eigenständige akademische Professionen weiterentwickelt werden.

Versorgung aus einer Hand

Über die Hälfte der stationären Patienten – und dies sind rund 31.000 pro Jahr – erhalten heute schon während des Aufenthaltes in der Universitätsmedizin Medizin rehabilitative Leistungen. Jeden Monat werden durch das neue Institut so rund 15.000 Behandlungen durchgeführt, die den Patienten helfen, möglichst rasch Funktionseinschränkungen und Leistungsdefizite zu überwinden. Ist der Patient nach Hause entlassen worden, kann die ambulante Behandlung ebenfalls im Institut für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation fortgeführt werden. „Vorteil bei der Versorgung aus einer Hand ist, dass alle Beteiligten auf ein definiertes Therapieziel zuarbeiten, weniger Informationsverluste entstehen und eine eventuell nötige Rückkopplung mit dem stationär behandelnden Arzt einfach und schnell erfolgen kann“, erklärt der Leiter des Instituts für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation, Dr. Ulrich Betz. Auf 1.000 qm stehen dazu im Untergeschoß des Gebäudes 505 moderne Behandlungsräume, eine Turnhalle und zwei Therapie-Schwimmbecken zur Verfügung. Ein Bereich für Trainingstherapie soll bald noch dazu kommen.

„Wir sind stolz mit dem Institut für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation das Leistungsspektrum der Universitätsmedizin Mainz entscheidend weiter zu entwickeln. Mit der Gründung gelingt ein weiterer Brückenschlag zwischen präventiver und kurativer Versorgung von Patienten. Darüber hinaus ist es uns im Sinne der integrierten Krankenversorgung nun möglich, die Patienten über ihren stationären Aufenthalt hinaus auch in der ambulanten Therapiephase weiter zu behandeln“, sagt Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer, Medizinischer Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Mainz, anlässlich der Eröffnungsfeier.

Forschung und Wirtschaft verbinden

„Wir wollten mit der Einrichtung unseres neuen Therapieinstituts an der Universitätsmedizin Mainz eine Verbindung von universitärer Therapieforschung und wirtschaftlicher Leistungserbringung im Bereich der Heilmittel-Therapie herstellen. Ich denke, dass diese bisher einmalige Therapieinstitutsgründung in ihrer organisatorischen Eigenständigkeit eine zukunftsweisende Struktur darstellt, die über unseren Standort in Mainz hinausreichen wird“, betont der Kaufmännische Vorstand der Universitätsmedizin, Norbert Finke.

„Die Gründung des Institutes bietet also Chancen und Vorteile in vielerlei Hinsicht. Die Unabhängigkeit ermöglicht die bessere Darstellung des eigenen Berufes innerhalb und außerhalb des Klinikums. Ebenso bietet sie die Möglichkeit einer höheren Flexibilität in der Innenorganisation, eines breiteren Leistungsangebotes für stationäre und ambulante Patienten und die Aussichten des Angebots eigener Fort- und Weiterbildungsgänge. Nicht zuletzt kann durch die Gründung des Institutes eine gesunde finanzielle Basis geschaffen werden. Ich wünsche dem Institut und seinen Mitarbeitern viel Erfolg, Freude und Glück“, sagt Univ.-Prof. Dr. Dr. Pol M. Rommens, Ärztlicher Leiter des Institut für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation und Direktor des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie – Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie.

pm

Krankheit fragt nicht nach dem Ausweis

Flüchtlingshilfe sucht Therapeuten

Die 54-jährige Corinna aus Honduras arbeitet schon seit neun Jahren ohne gültige Papiere in Hamburg. Sie nimmt lieber schwere, inzwischen chronische Schmerzen im Kniegelenk in Kauf als zum Arzt oder Physiotherapeuten zu gehen. Die 38-jährige Andrea aus Kolumbien geht wie viele Frauen ohne Pass trotz massiver Rücken- und Gelenkschmerzen zur Arbeit, weil sie Angst hat, diese zu verlieren.

Nur zwei anonyme Beispiele von Migranten-Schicksalen in Deutschland, die die Medizinische Beratungsstelle von Flüchtlingen (Medibüro) in Hamburg für ihre Dokumentation aus dem Zeitraum von Januar 2006 bis Juni 2008 ausgewertet hat. Schätzungsweise leben 500.000 bis eine Million Menschen in Deutschland ohne Pass. Menschen, die zwar ein Recht auf medizinische Versorgung haben, aber aus Angst vor Abschiebung diese meist nicht wahrnehmen.

Allein in Hamburg leben 100.000 Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung. Dort wurde 1994 das erste Medibüro von einer Gruppe engagierter Ärzte und Medizinstudenten gegründet. Ziel war es, Menschen ohne Papiere eine medizinische Versorgung zu ermöglichen und an mitarbeitende Ärzte und Physiotherapeuten zu vermitteln. Inzwischen werden pro Jahr 600 Menschen betreut.

Bundesweit 20 Standorte

Bundesweit gibt es 20 Standorte solcher unabhängiger Netzwerke aus Freiwilligen, Ärzten und Angehörigen anderer medizinischer Berufe. Die Mitarbeit läuft meist über persönliche Kontakte, wie Michael Ruf vom Medibüro in Berlin weiß. „Wir gehen aktiv auf bekannte Ärzte zu“, berichtet er. „Es wäre aber schön, wenn diejenigen, die mitmachen wollen, auf uns zukämen.“ Es seien vor allem humanitäre Beweggründe für die Mitarbeit, „das Selbstverständnis des Arztes über seinen Beruf“, meint er, „aber auch politische Gründe können ausschlaggebend sein“. Das Medibüro finanziert sich aus Spenden, unter anderem durch Ärzte, die nicht nur ihre Arbeitszeit spenden, und Menschen, die vor ihrer Berufstätigkeit ehrenamtlich im Medibüro mitgearbeitet haben.

Die Grundidee ist es, Menschen ohne Papiere in das reguläre Gesundheitssystem zu integrieren. Sie holen sich bei einer ärztlich geleiteten Stelle einen Krankenschein, mit dem sie zu jedem Arzt und in jedes Krankenhaus gehen können. Auch die Weiterbehandlung durch einen Physiotherapeuten wird über das Medibüro vermittelt. Die Kosten werden anonym über das Sozialamt abgerechnet. So müssen sie nicht ihre Entdeckung und die damit meist verbundene Abschiebung fürchten

Noch ist das nicht geschafft, aber erste Schritte sind bereits getan. In die richtige Richtung weist die vom Bundesrat am 18. September verabschiedete Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VerwV) zum Aufenthaltsgesetz (AufenthG), die die Notfallbehandlung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erleichtert. Die Gesetzgebenden stellen klar, dass auch das Personal der Krankenhausverwaltungen zu den berufsmäßigen ärztlichen Gehilfen zählt und somit der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Darüber hinaus verlängert sich der Geheimnisschutz in die Sozialämter hinein, wenn Daten von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zum Zwecke der ärztlichen Leistungsabrechnung übermittelt werden.

Gesetzgeber erweitert ärztliche Schweigepflicht

Das Medibüro Berlin begrüßte diese Entscheidung, machte aber deutlich, dass wesentliche Probleme bestehen blieben. So seien die konkreten Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser nicht geklärt, noch wurde ein Zugang zur ambulanten Regelversorgung geschaffen. Allein in Berlin werden pro Jahr 1.000 Menschen ohne Papiere an Ärzte, Hebammen und Therapeuten vermittelt, die mit dem Medibüro kooperieren. 50 Praxen seien dies zur Zeit, viel zu wenig, wie Michael Ruf anmerkt. „Wir müssen immer schauen, dass wir unsere mitarbeitenden Ärzte und Therapeuten auch nicht überlasten.“ Nicht nur in Berlin fehlt das medizinische Personal. Besonders in akuten Fällen kann es immer wieder zu Engpässen kommen, in Hamburg beispielsweise in der Orthopädie.

Weiterer Standort im Norden geplant

Ein weiterer Standort im Norden ist geplant. Ende September luden der Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein, die Zentrale Bildungs- und Beratungsstelle für MigrantInnen e.V. (ZBBS) und der Flüchtlingsbeauftragte des Landes im Rahmen der Interkulturellen Wochen zu einer Veranstaltung zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere ein. Unter dem Titel „Krankheit fragt nicht nach dem Ausweis“ soll jetzt auch im Norden ein privates Netzwerk aufgebaut werden, damit Menschen ohne Papiere nicht in die Illegalität gedrängt werden. Die Veranstalter sind Teil des bestehenden Netzwerks NISCHE – Netzwerk für illegalisierte Menschen in Schleswig-Holstein. „Wir wollen NISCHE nutzen, um Leute anzusprechen, die Interesse an einer Mitarbeit haben“, erklärt Johann Böttcher vom Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein.

ks

Kontakt:
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
Gneisenaustr. 2a
10961 Berlin
030/69 46 746
info@medibuero.de
www.medibuero.de

Bundesfinanzhof

Erststudium nach Berufsausbildung steuerlich absetzbar

Therapeuten, die nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung ein Studium absolvieren, können die Aufwendungen als Werbungskosten steuerlich absetzen. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) jetzt entschieden. (AZ VI R 14/07)

Das vollständige Urteil finden Sie im Internet unter www.bundesfinanzhof.de

Der BFH wies grundsätzlich darauf hin, dass die Kosten für Erststudien nicht als Werbungskosten absetzbar sind. Dies sieht das seit 2004 geltende Abzugsverbot für Kosten von Erststudien und Erstausbildungen nach § 12 Nr. 5 des Einkommensteuergesetzes (EStG) vor, hieß es in einer Pressemitteilung. Die Bundesrichter betonten aber, dass die Abziehbarkeit beruflich veranlasster Kosten für ein Erststudium dem nicht entgegenstehe, wenn diesem eine abgeschlossene Berufsausbildung vorausgegangen sei. Nach der Rechtsprechung des BFH sind Aufwendungen für Bildungsmaßnahmen, also auch für berufliche Umschulungen, Werbungskosten i.S. von § 9 Abs. 1 Satz 1 EStG, wenn ein Zusammenhang mit einer eventuell späteren beruflichen Tätigkeit besteht.

Mit den Urteilen vom 18. Juni 2009 hat der BFH jetzt entschieden, dass § 12 Nr. 5 EStG kein Abzugsverbot für Werbungskosten enthält. „Die Vorschrift bestimme lediglich in typisierender Weise, dass bei einer erstmaligen Berufsausbildung ein hinreichend veranlasster Zusammenhang mit einer bestimmten Erwerbstätigkeit fehle. Die Typisierung erstrecke sich nicht auf Steuerpflichtige, die erstmalig ein Studium berufsbegleitend oder in sonstiger Weise als Zweitausbildung absolvierten“, hieß es weiter.

Zusammenhang mit späterer Erwerbstätigkeit

Geklagt hatte eine 1967 geborene, verheiratete gelernte Buchhändlerin. Nach Abschluss der Ausbildung hatte sie zunächst ein Studium der Sonderpädagogik begonnen, allerdings nicht beendet. Im Jahr 2002 nahm sie das Studium zur Grund-, Haupt- und Realschullehrerin auf. Sowohl Finanzamt als auch Finanzgericht lehnten den Abzug der durch das Studium veranlassten Kosten als vorab entstandene Werbungskosten für das Streitjahr 2005 ab.

Der BFH hob diese Entscheidung auf und gab der Klägerin dem Grunde nach Recht. Die Aufwendungen der Klägerin für das Lehramtsstudium seien beruflich veranlasst. Es bestehe ein hinreichend klarer Zusammenhang dieser Ausgaben mit späteren Einnahmen aus der angestrebten Tätigkeit als Lehrerin.

pm

Honorarerhöhung 2010

Maximal 1,54 Prozent

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Veränderungsrate der sogenannten Grundlohnsumme mit 1,54 Prozent bekannt gegeben. Das ist für alle Heilmittelerbringer enttäuschend, weil die Veränderungsrate die höchstmögliche Steigerung bei Honorarverhandlungen darstellt.

Im § 71 SGB V ist festgelegt, dass die „Veränderung der jeweiligen Vergütung“, wie zum Beispiel die Vergütung für Heilmittel, die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nicht überschreiten darf. Im Klartext heißt das für Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen, dass die Obergrenze der möglichen Honorarsteigerung für 2010 bereits feststeht, nämlich maximal 1,54 Prozent. Nur die neue Schiedsregelgung, die jetzt von einigen Physiotherapieverbänden im Osten erstmals ausprobiert wird, könnte diese Obergrenze kippen.

Das Bundesministerium für Gesundheit berechnet auf der Grundlage der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) der Mitglieder aller Krankenkassen.

bu

kurz & knapp

Neuer Ratgeber Mietnebenkosten +++ Der neue Ratgeber „Mietnebenkosten“ erklärt ausführlich, welche gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen von Bedeutung sind und welche Betriebskosten überhaupt abgerechnet werden dürfen.

Checklisten und Musterabrechnungen verdeutlichen, auf welche Punkte besonders zu achten sind. Nach Einschätzung der örtlichen Mietervereine ist jede zweite Abrechnung falsch, unvollständig oder nicht nachvollziehbar. Immer wieder kommt es zu Konflikten, vor allem, wenn Fristen nicht eingehalten werden, die Verteilerschlüssel nicht nachzuvollziehen sind oder Modernisierungskosten auf die Mieter umgelegt werden sollen. Da lohnt es sich zu prüfen, ob die Ansprüche der Vermieter zu Recht bestehen.

Der Ratgeber „Mietnebenkosten“ wurde von den Verbraucherzentralen, dem Deutschen Mieterbund (DMB) und dem ARD Ratgeber Recht herausgegeben. Er kostet kostet 9,90 Euro und kann im Internet unter www.vz-ratgeber.de bestellt werden.

pm

Aus der praxiswissen24-Hotline

Erpressung durch die Krankenkasse?

Ein neuer Fall aus der praxiswissen24-Hotline. Diesmal erreichte uns der verzweifelte Anruf einer Physiotherapeutin. Sie hatte von der AOK ein sehr ungewöhnliches Schreiben bekommen: Präventionskurse könnten in Zukunft nur noch von Kassenmitgliedern gefördert werden. Schlechter Witz oder bitterer Ernst?

Ist eine „Quasi-Erpressung" der richtige Weg, um mit Kooperationspartnern umzugehen?

Anne Leiser* ist ziemlich aufgewühlt: Mit Datum vom August 2009 teilt ihr die AOK Bayern mit, dass zukünftig nur noch diejenigen Kursleiter Präventionskurse für die AOK durchführen dürfen, die bei der AOK versichert sind. Erpressung durch die Krankenkasse, kann das wirklich wahr sein?

„Bitte haben Sie deshalb Verständnis dafür, dass wir für AOK-Kurse ab 2010 vorrangig Honorarkräfte akzeptieren, die selbst bei der Gesundheitskasse versichert sind bzw. deren Praxis marktgerechte Geschäftsbeziehungen zur AOK haben ..." schreibt die AOK-Gesundheitsförderung in Fürth. Anne Leiser leitet seit Jahren Präventionskurse für die AOK-Versicherten und versteht die Welt nicht mehr. Der Schlusssatz des Schreibens „Wir von der AOK-Gesundheitsförderung in Fürth freuen uns auf weitere partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Team ..." liest sich für Anne Leiser wie blanker Hohn. „Soll ich jetzt die Krankenkasse wechseln, damit ich weiterhin Kurse durchführen darf?", fragt sie bei der Hotline an.

Was tun bei Erpressung?

Das Dilemma von Anna Leiser liegt auf der Hand: Aus Angst vor der übermächtigen Krankenkasse will sie sich nicht über die Autoren des Briefes beschweren – aber der Erpressung der AOK nachgeben und die Kasse wechseln, passt ihr ebenfalls nicht.

Wir haben für Anna Leiser bei der AOK Bayern nachgefragt und damit erst einmal Verwunderung ausgelöst: „So etwas schreiben wir bestimmt nicht – können Sie uns bitte eine Kopie des Schreibens zukommen lassen." Dann folgen einige Tage interne Spurensuche mit dem Ergebnis, dass Helga Leirich, Pressereferrentin der AOK-Bayern die freudige Botschaft verkündet: „Das Schreiben ist ausschließlich von der Geschäftsstelle Fürth versandt worden. Es wurde mit der Zentrale nicht abgestimmt und entspricht nicht den Grundsätzen unseres Hauses. Verträge mit Leistungserbringern sind nicht verbunden mit einer Mitgliedschaft bei der AOK Bayern."

Briefe immer kritisch hinterfragen

Anna Leiser atmet auf und ist gespannt, wie viele Kurse sie denn im kommenden Jahr für die AOK durchführen darf. Eines hat sie jedenfalls gelernt: Briefe von Krankenkassen muss man mit größter Vorsicht lesen, denn ganz offensichtlich dürfen zumindest bei der AOK Bayern auch einfache Sachbearbeiter Briefe verfassen und verschicken, die nicht der Meinung und rechtlichen Einschätzung der Zentrale entsprechen.

Wenn Frau Leiser oder Sie das nächste Mal einen ungewöhnlichen Brief von der Krankenkasse bekommen, sollten Sie den Inhalt auf jeden Fall kritisch hinterfragen oder gleich an unsere praxiswissen24-Hotline schicken! *bu*

** Name von der Redaktion geändert*

i Hintergrund

Krankenkasse wechseln?

Manchmal ärgert man sich so über eine Krankenkasse, dass man einfach nur noch wechseln will. Hier lesen Sie, was Sie dabei beachten müssen.

Wer als Therapeut gesetzlich krankenversichert ist, kann mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Ende eines Monats kündigen. Wer also zum 1.Januar seine Krankenkasse wechseln möchte, müsste noch im Oktober zum 31.12. kündigen. Ein Sonderkündigungsrecht gibt es für Mitglieder der Krankenkasse, die einen Zusatzbeitrag zum Gesundheitsfonds erheben, oder diesen Zusatzbeitrag anheben. Auch beim Sonderkündigungsrecht beträgt die Kündigungsfrist zwei Monate (s. o.).

Wer einen Wahltarif bei seiner Krankenkasse abgeschlossen hat (z. B. Hausarzttarif) hat sich damit allerdings für drei Jahre gebunden und darf innerhalb dieser drei Jahre weder regulär noch in Sonderfällen kündigen. Eine Kündigung muss immer schriftlich, am besten per Einschreiben erfolgen. Muster für ein Kündigungsschreiben finden Sie im Internet oder Sie fordern ein Musterschreiben bei der praxiswissen24-Hotline an. *bu*

Für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Alle Videos unter: www.up-aktuell.de

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

„Pezziball-Gliding“

Jede Physiotherapiepraxis verfügt in der Regel über einen oder mehrere Pezzibälle. Die sind wichtig für therapeutische Übungen und die meisten Patienten finden den Pezziball klasse.

Aber haben Sie sich schon einmal überlegt, was man noch so alles mit dem runden Therapieobjekt veranstalten kann? Drei Physiotherapieschüler waren da ganz besonders kreativ und haben sich ihre Pause mit Pezziball-Gliding versüßt. Wie genau das funktioniert und ob das eine zukünftige Pausenbeschäftigung für Ihre Mitarbeiter werden könnte, sehen Sie in unserem Video.

Viel Spaß dabei. *ko*

Der Versuchsaufbau

Und los geht's…

Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung!

Lesen Sie dazu unser Schwerpunkt-Thema auf den Seiten 3–7

Wir suchen Praxisinhaber (Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten), die Lust haben, sich auf den Weg zu machen, von der „Wir-können-Alles“-Praxis hin zur Spezialpraxis. Wir unterstützen Sie dabei mit Material, telefonischer Unterstützung und einem Seminar. Dabei entstehen für Sie keine Kosten!

Einzige Bedingung: Maximal fünf teilnehmenden Praxen führen ein Tagebuch über den Veränderungsprozess und wir dürfen über den Prozess in up berichten – natürlich ohne Betriebsgeheimnisse der Praxis auszuplaudern.

Bewerben Sie sich jetzt

Praxisinhaber können sich bei der Hotline bis Ende November bewerben. Bewerben kann sich jede Praxis oder auch potentielle Praxisgründer. Interessenten melden sich in der Redaktion (redaktion@up-aktuell.de) oder an der praxiswissen24-Hotline (0800/9477360) unter dem Betreff „Spezialisierung“. Wir schicken Ihnen dann einen Fragebogen zu, um Ihr Vorhaben besser kennen zu lernen.

Projektstart 1. Januar 2010

Unser Ziel ist es, durch Ihr Tagebuch und durch unsere Berichte anderen Therapeuten Beispiele zu geben, wie sich so ein Veränderungsprozess bewerkstelligen lässt. Bewerben Sie sich jetzt – es lohnt sich für Sie auf jeden Fall!

Die ausgewählten Praxen werden bis zum 1. Dezember informiert und sollen zum 1. Januar mit dem Projekt starten.

bu

Impressum

buchner

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

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

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15,- Euro • im Abo: 12,- Euro

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

Fotos © Gmünder ErsatzKasse GEK (S. 1, 9), fotolia.com (S. 5, 15, 23) Roland Hein (S. 7), Verband medizinischer Fachberufe e. V. (S. 13), F.J. Sperlich (S. 18), Ralf Buchner (S. 19)