04.2010

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

AOK Baden-Württemberg überrascht beim Thema Prüfpflicht

Rezeptänderungen nach Absprache möglich

Nachdem die AOK Baden-Württemberg den Prozess um die Prüfpflicht von Heilmittelverordnungen durch Therapeuten vor dem Bundessozialgericht (BSG) gewonnen hat, kommt nun eine überraschende Kehrtwende. In einem Schreiben wurden alle Therapeuten in Baden-Württemberg darüber informiert, dass Änderungen von Heilmittelverordnungen zukünftig auch ohne Arztquittung akzeptiert und bezahlt würden – bis auf drei Bezirksregionen.

Die AOK Baden-Württemberg hat jetzt eine umfangreiche Liste zur Rechnungsprüfung von Heilmittelverordnungen an alle Therapeuten verschickt. Diese Mängelliste umfasst mehr als 30 Prüfpunkte für Heilmittelverordnungen, die bei jedem beschriebenen Mangel festhält: „Keine Möglichkeit der Korrektur, Verordnung wird einbehalten, Absetzung dieser Leistungen". Frustriert fasst Ulrike Schmitt*, Logopädin in Freiburg, zusammen: „Das Risiko für fehlerhaft ausgefüllte Heilmittelverordnungen liegt voll bei mir!"

Schmitt hat gerade die Prüfliste der AOK erhalten und fühlt sich hilflos gegenüber der zunehmenden Bürokratie und Kontrollpflichten. In ihrem Anschreiben verweist die AOK auf die Grundsatzentscheidung vom 27.10.2009 des Bundessozialgerichts (BSG). Diese besagt, dass die Heilmittel-Richtlinien nicht nur für Ärzte sondern auch für Therapeuten gelten (wir berichteten). Das BSG befand, dass die Therapeuten „eigenverantwortlich die Verordnung auf – aus ihrer professionellen Sicht – erkennbare Fehler und Vollständigkeit zu prüfen haben". Ulrike Schmitt ärgert sich seit Jahren mit fehlerhaften Verordnungen herum. Bittet sie die Ärzte um Korrektur, ist das mit Lauferei für sie oder ihre Patienten verbunden. Kümmert sie sich nicht, läuft sie Gefahr, ihr Geld von der Krankenkasse nicht zu erhalten.

Kurswechsel bei der AOK

Doch die AOK hat sich offensichtlich zu einem grundlegenden Kurswechsel entschlossen. Rainer Schäfer, Leiter des CompetenceCenter Heilmittel, Bezirksdirektion Stuttgart-Böblingen der AOK findet, dass durch das Gerichtsurteil immer mehr von den Therapeuten verlangt würde. Deswegen hätte die AOK sich entschlossen, den Therapeuten mehr entgegenzukommen. Dazu heißt es in dem Brief der AOK an die Logopädin: „Die bisherige verwaltungsvereinfachende Regelung, dass eine telefonische Rücksprache mit dem Vertragsarzt ausreicht und diese mit Handzeichen und Datum vermerkt ist, soll bis auf Widerruf beibehalten werden." Das bedeutet, >>>

Aktuell

Heilmittelausgaben wachsen unterdurchschnittlich
2009 war für die GKV ein gutes Jahr 8

Sektoraler Heilpraktiker
Bayern schafft gesetzliche Grundlage 9

Korruption im Gesundheitswesen
Leistungserbringer im Fahndungsvisier 11

Konzepte

Kostenlose Spezialisierungsberatung
Die Gewinner 16-18

Kliniken Oberberg
Weiterbildungscurriculum zum Burnout-Syndrom 19

Modellprojekt macht Schule
Neue Therapiekonzepte für Demenzkranke 20

Tipps

Fallbeispiel:
Bußgelder von Mitarbeitern übernehmen 21

Marketingplan mit Geling-Garantie
Der Ball ist rund und guter Schlaf nicht selbstverständlich 22

Werbe-Ideen für die Praxis
Blick-Fänger Einkaufswagen? 23

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

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

Kommentar

Vorschläge ernst nehmen – Freiräume nutzen!

Das Verhalten mancher Krankenkassen in Abrechnungsfragen wirkt manchmal undurchschaubar. Da klagt die AOK Baden-Württemberg bis zum Bundessozialgericht durch und gewinnt gegen den ZVK den Streit um die Prüfpflicht – und überrascht alle Heilmittelerbringer mit einer sehr pragmatischen Lösung zur Korrektur von falsch ausgestellten Verordnungen. In ganz Baden-Württemberg? Nein, drei Bezirksdirektionen sind von der Regelung ausgenommen, wegen angeblich schlechtem Betragen von Therapeuten.

Nun fragt man sich, warum die Prüfpflicht erst gerichtlich ausgefochten werden musste. Hätte die AOK Baden-Württemberg schon früher ähnlich pragmatisch auf nicht korrekte Verordnungen reagiert, hätte man sich die Kosten für den Rechtsstreit sparen können.

Jetzt gilt es, die Vorschläge der AOK ernst zu nehmen und damit den Freiraum zu nutzen, den die neuen Regelungen ermöglichen. Also, Änderungen wirklich vor Beginn der Behandlung mit dem Arzt absprechen und diese Absprachen sauber dokumentieren.

Für den Fall, dass es trotzdem Abrechnungsstress mit der AOK gibt, muss man allerdings weiterhin konsequent gegen Rechnungskürzungen und unzulässiges Einbehalten von Verordnungen vorgehen. Denn es könnte sein, dass die neue Regelung der AOK weniger als auf das Urteil des BSG zurückzuführen ist, sondern schlicht „verwaltungsvereinfachend“ auf Minimierung des Verwaltungsaufwandes zielt.

Herzlichst Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

dass alles was auf der Verordnung falsch bzw. unvollständig ist, vom Therapeuten nach Rücksprache mit dem Arzt handschriftlich geändert werden darf. „Aber bitte die Änderungen immer vor Beginn der Behandlung mit dem Arzt besprechen“, ermahnt Rainer Schäfer alle Therapeuten. Rückwirkende Änderungen seien nicht akzeptabel.

Auf ausdrückliche Rückfrage von up, ob das auch zum Beispiel für Heilmittel oder Indikationsschlüssel gelten würde, bestätigt Schäfer diese im Vergleich zu früheren Zeiten deutlich erweiterten Korrekturmöglichkeiten. Wenn ein Arzt aus dem Heilmittelkatalog einfach MT/KG abschreibe, dann genüge eine telefonische Klärung mit dem verordnenden Arzt, um entweder MT oder KG zu streichen. Die Rücksprache solle auf der Verordnung dokumentiert werden. Diese Regelung gilt laut Schäfer für alle Punkte auf der Prüfliste.

Auch für den Fall, dass ein Arzt keine Änderung möchte, hat die AOK einen Vorschlag zur Hand. „Sollte der verordnende Arzt auf der Ausführung seiner Verordnung bestehen (obwohl diese gegen die Heilmittel-Richtlinien verstößt), informieren Sie uns bitte kurz, zum Beispiel mit einem Vermerk auf der Verordnung. Wir werden dann weiterhin selbstverständlich diese Rechnung in vollem Umfang begleichen“, so die AOK und bietet an, bei Fragen gern zu helfen.

Doch Achtung: diese Regelung gilt nicht für die Bezirksdirektionen Nordschwarzwald, Bodensee-Oberschwaben und Ulm-Biberach. Begründung der AOK: Man habe in diesen Bezirken schlechte Erfahrungen mit dem korrekten Umgang seitens der Therapeuten gemacht.

Ulrike Schmitt sieht der nächsten Abrechnung mit gemischten Gefühlen entgegen. Wird die AOK sich wirklich an die „verwaltungsvereinfachende Regelungen“ halten? Das wäre für sie und tausende andere Therapeuten ein wesentlicher Schritt in Richtung Bürokratieabbau.

Die neue Prüfliste der AOK Baden-Württemberg, bzw. die neue Kulanz bei Änderungen gilt für alle Verordnungen, die Therapeuten nach dem 1.4.2010 zur Abrechnung bei der AOK einreichen. *(bu)*

*Name von der Redaktion geändert

i Service

Praktische Stempel mit dem Aufdruck „Nach Rücksprache mit dem verordnendem Arzt am... geändert“ und „Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung“ können Sie versandkostenfrei bei der praxiswissen24-Hotline bestellen.

Richtige Versorgung

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Politik

Eigentlich ist alles ganz einfach. Patient geht zum Arzt. Arzt verschreibt Rezept. Patient geht zum Therapeuten. Therapeut behandelt. Patient wieder fit. Genauer betrachtet ist das allerdings überhaupt nicht so, denn ein vielschichtiges, kompliziertes System sorgt dafür, dass dieser Ablauf überhaupt erst stattfinden kann. Unser Schwerpunktthema zeigt, dass dieses System nicht besonders einfach zu durchschauen ist und es immer wieder Querelen um Zuständigkeiten und Verteilung gibt.

Haben Sie sich schon einmal gefragt, warum Heilmittelausgabenvolumen und Heilmittel-Richtgrößen von Bundesland zu Bundesland so stark schwanken? Und warum die Pro-Kopf-Ausgaben für Heilmittel sich bundesweit um mehr als 100 Prozent unterscheiden? Die Bundesregierung scheint sich nicht für diese Frage zu interessieren und fühlt sich ganz offensichtlich auch nicht zuständig, wie die Antwort auf eine parlamentarische Frage der Fraktion der Grünen dokumentiert.

Anlass für die Anfrage der Grünen war der jährliche Heilmittelbericht 2009/2010 des Wissenschaftlichen Dienstes der AOK (WidO), der einen regional extrem ungleichen Zugang der Versicherten zu Heilmitteln erkennen lässt. Versicherte haben zwar einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen, der Zugang ist aber stark von regionalen Verschreibungsverhalten der Ärzte abhängig. So kommt es, dass in Westfalen-Lippe ein AOK-Patient Heilmittelkosten in Höhe von 39,28 Euro verursacht, während dieser Betrag in Baden-Württemberg 80,03 Euro beträgt.

Die Antwort der Bundesregierung auf ihre parlamentarische Anfrage fassen die Grünen wie folgt zusammen: „Die Bundesregierung interessiert sich nicht dafür, dass der Zugang zu Heilmitteln regional unterschiedlich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit will nicht einmal den Ursachen für regional ungleiche Zugänge zu Heilmitteln nachgehen, sondern verweist bei der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage lapidar auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen."

Tatsächlich stimmt es nicht, dass die Bundesregierung keinen Einfluss auf Richtgrößen und Heilmittelverordnungen hat, denn die Regelungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu zwingen, Richtgrößen festzulegen und damit massiv in das Verordnungsverhalten der Ärzte einzugreifen, ist Bundesrecht und kann von der Selbstverwaltung nicht einfach geändert werden (siehe Seite 4/5).

Das Problem ist nach wie vor, dass die Kontrolle der Ausgaben der GKV, z.B. durch Heilmittelrichtgrößen, vollkommen unabhängig ist von der als medizinisch sinnvoll eingestuften Versorgung der Bevölkerung, wie in den Heilmittelrichtlinien festgelegt. Es hat zu keinem Zeitpunkt auch nur den Versuch der Bundesregierung gegeben, diese beiden Systeme miteinander abzugleichen. Dadurch entsteht die absurde Situation, dass im konkreten Falle die Heilmittelrichtlinie zwar die Notwendigkeit einer Verordnung bejaht, der verordnende Arzt aber durch das Überschreiten seines Richtgrößenvolumens keine Verordnung ausstellt. Denn sonst müsste er die Kosten für diese Verordnung selbst tragen.

Inhalt

Thema: Institutionen

- Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Politik S. 3
- Die Heilmittelpraxis im Dschungel der Institutionen und Gesetze S. 4/5
- up im Gespräch: „Die Verteilung ist nicht gerecht." S. 6/7

Letztlich hat diese Bundesregierung (wie auch ihre Vorgänger) bisher gute Erfolge damit, ihre Zuständigkeit zu leugnen. Die Politiker fahren relativ erfolgreich mit Neidkampangen gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern und dem gebetsmühlenartig wiederholtem Statement, dass jeder Versicherte in Deutschland die Therapie bekomme, die er benötigen würde. Dieses Statement entlarvt sich angesichts der Versorgungswirklichkeit z.B. mit Heilmitteln als Lüge.

Die Grünenfraktion fasst im Bundestag die Situation gut zusammen: Es sei nicht hinnehmbar, wenn Kindern, wie in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, der Zugang zu Sprach- und Ergotherapie schwerer gemacht wird als im übrigen Bundesgebiet. Denn gerade diese Leistungen verbesserten die Entwicklungschancen von Kindern mit sprachlichen Funktionsstörungen, mit Bewegungs- oder Wahrnehmungsstörungen oder mit behinderungsbedingten Beeinträchtigungen erheblich. Und auch die Verordnung von Physiotherapie sei keine „Wohlfühlleistung", sondern eine notwendige Hilfe etwa nach einem Schlaganfall oder bei anderen Funktionseinschränkungen, die sich ohne Behandlung drastisch auf den Gesundheitszustand auswirken. *(bu)*

Die Heilmittelpraxis im Dschungel der Institutionen und Gesetze

Wissen Sie eigentlich wie sich Gesetzänderungen auf Ihre Praxis auswirken? Welche Institutionen daran beteiligt sind und welche nicht? Wir haben für Sie eine Übersicht erstellt, die zeigt, wie Heilmittelpraxen zumindest im Bereich der GKV stark von Arzt- und Kassenverbänden abhängig sind.

Praxisbetrieb

Damit Ihre Praxis arbeiten kann, benötigen Sie Therapeuten mit entsprechender Qualifikation. Logopäde, Physiotherapeut oder Ergotherapeut darf sich nur nennen, wer entsprechend qualifiziert ist und eine staatliche Anerkennung hat. Die gibt es bei der zuständigen **Landesgesundheitsbehörde**.

Das **kommunale Gesundheitsamt** wacht über die Hygiene in Ihrer Praxis und passt auf, dass Sie nicht gegen das Heilpraktikergesetz verstoßen.

Ob Sie Mitglied in einem **Berufsverband** sind, ist für den Praxisbetrieb nicht zwingend notwendig. Denn das Recht auf Zulassung ist im Sozialgesetzbuch V in § 124 festgelegt. Sie müssen nur dem Vertrag, der zwischen den **Landesverbänden der GKV** und den Berufsverbänden besteht durch Erklärung beitreten. Erfüllen Sie die sonstigen Voraussetzungen, die im § 124 festgelegt sind, dann haben Sie Ihre Zulassung. Details der Zulassung sind in den Rahmenempfehlungen gemäß § 125 zu finden, die auch gleichzeitig als Leistungsbeschreibung für die Leistungserbringung bei GKV-Patienten dienen und für die tägliche Arbeit wichtig sind.

Seit dem das Bundessozialgericht festgelegt hat, dass die **Heilmittelrichtlinien** auch für Therapeuten gelten, gehören diese Vorschriften ebenfalls zu den Standardregularien einer Heilmittelpraxis. Heilmittelrichtlinien und Rahmenempfehlungen zusammen regeln ziemlich genau, wie die Versorgung von Kassenpatienten zu organisieren ist. Aber eben nur für Kassenpatienten. Für die Versorgung von Privatpatienten gibt es keine solchen Vorschriften.

In den Heilmittelrichtlinien wird ausdrücklich die Zusammenarbeit mit den **Ärzten** festgelegt. In Wirklichkeit klappt das leider nicht immer so. Ärzte stellen die für eine Heilmittelbehandlung notwendigen Verordnungen bzw. Rezepte aus oder auch nicht (s.u.). Mit diesen Rezepten kommen die **Patienten** in die Praxis und erhalten die entsprechende Therapie.

Privatpatienten

Privatpatienten zahlen selbst und werden deshalb fälschlicherweise auch manchmal Selbstzahler genannt. In Wirklichkeit zahlen **Privatpatienten** aber gar nicht so viel privat, sondern bekommen – je nach Vertrag – alles oder jedenfalls einen großen Teil der Behandlungskosten erstattet. Wie man in der Grafik gut erkennen kann, besteht zwischen Ihrer Heilmittelpraxis und der **Privaten Krankenversicherung (PKV)** kein Vertrag. Damit sind Art und Umfang der Leistungserbringung gegenüber Privatpatienten weitestgehend ungeregelt. Das gilt auch für den Preis für eine Leistung.

Das GKV-System

Mehr als geregelt ist das Verordnungsverhalten der Kassenärzte. Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** und die **Spitzenverbände der GKV** legen auf Bundesebene fest, in welchem KV-Gebiet wie viel Geld für Heilmittelverordnungen zur Verfügung steht. Dieser Betrag wird dann gemäß dem Ausgabeverhalten der letzten Jahre auf die jeweiligen **Kassenärztlichen Vereinigungen** verteilt.

Dort wird das Geld auf die einzelnen Facharztgruppen verteilt – und zwar prozentual so, wie die Ausgaben im Vorjahr waren. Daraus entstehen dann die sogenannten Richtgrößen, die multipliziert mit der Anzahl der Patienten eines **Kassenarztes** das sogenannte Heilmittelbudget ergeben. Überschreitet ein Arzt sein „Budget“, wird er geprüft und muss vor dem **Prüfungsausschuss** Rede und Antwort stehen. Kann er nicht begründen, warum er mehr verordnet hat (und das ist nicht immer einfach), wird der Betrag, den er „zu viel“ verordnet hat von seinem Honorar abgezogen. Das führt regelmäßig dazu, dass er keine weiteren Kassenrezepte ausstellt (s.o.).

Der **Prüfungsausschuss** wird gebildet aus einem Unparteiischen, Vertretern der KV und den Landesverbänden der GKV. Der Prüfungsausschuss prüft auch, ob sich der verordnende Arzt an die Heilmittelrichtlinien und den Heilmittelkatalog gehalten hat. Wenn nicht, muss der Arzt wiederum aus eigener Tasche die Heilmittelrechnung bezahlen.

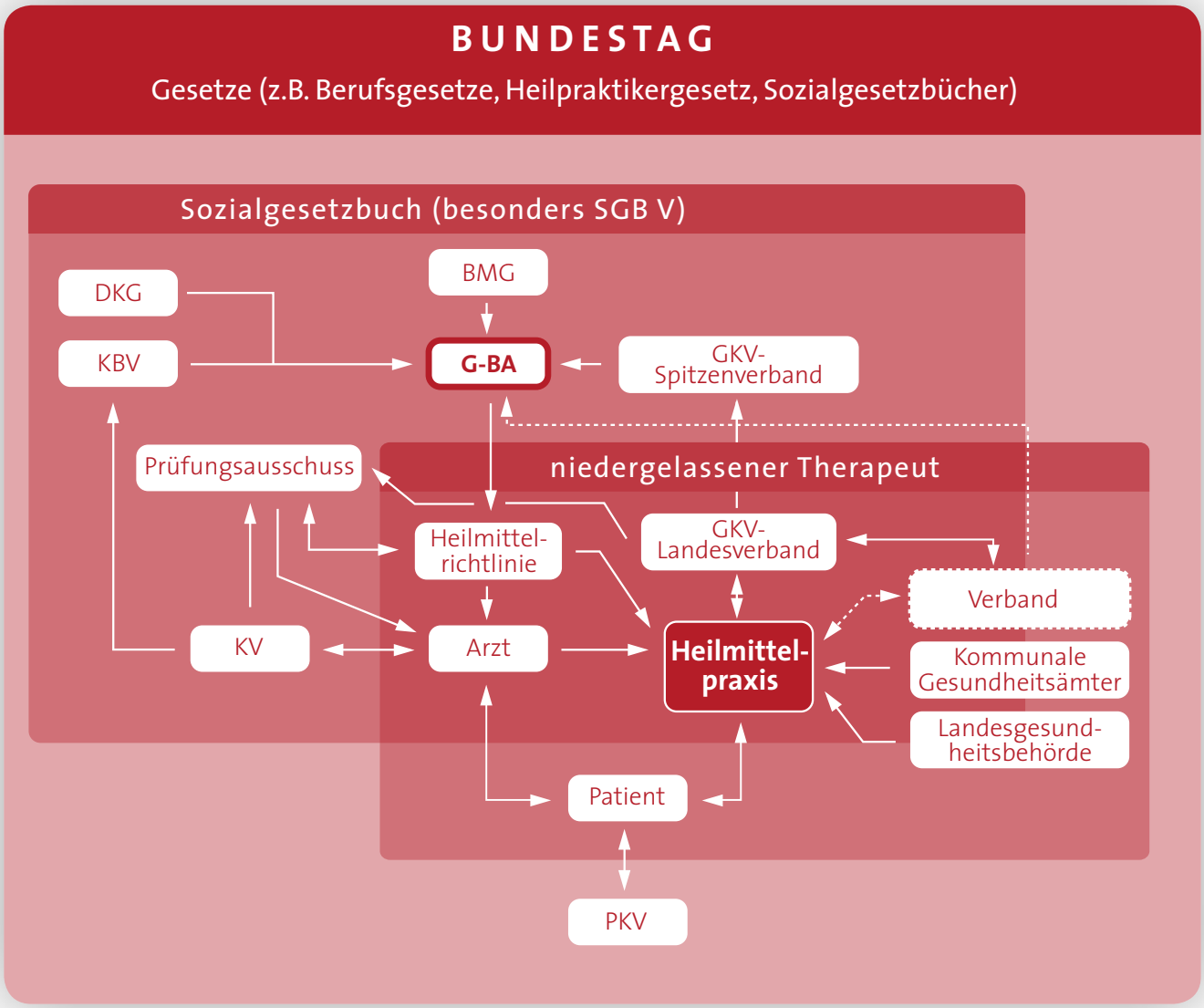
Die Heilmittelrichtlinie und der Heilmittelkatalog werden vom **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** festgelegt. Der G-BA ist die oberste Instanz im System der GKV. Sie legt fest, was die Kassen zahlen und was nicht. Nur wenn der G-BA einer Erstattung zustimmt, darf eine Krankenkasse eine Leistung bezahlen. Im Pharmabereich gilt eine leicht andere Verfahrensordnung – darüber wird gerade politisch gestritten.

Der G-BA besteht aus drei Unparteiischen, fünf Vertretern der Krankenkassen, zwei Vertretern der KBV, zwei Vertretern der **Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)** und einem Vertreter der Zahnärzte. Diese entscheiden über die Erstattung von Leistungen der

rund 70 Millionen GKV Versicherten. Dabei werden sie von Fachinstituten begleitet, die im Auftrag des G-BA die Wirksamkeit von Leistungen wissenschaftlich untersuchen. Von dem Ergebnis solcher Untersuchungen hängt die Erstattungsfähigkeit dieser Leistungen für Mitglieder der GKV entscheidend ab.

bände der Heilmittelerbringer ins Spiel. Ändert sich etwas an den Heilmittelrichtlinien dürfen sich die Berufsverbände dazu äußern, mehr aber nicht.

Der G-BA legt seine Beschlüsse dem **Bundesgesundheitsminister (Bundesministerium für Gesundheit**



Die Strukturen des Gesundheitswesens aus Sicht eines niedergelassenen Therapeuten.

Patientenvertreter dürfen zuhören, haben ein Rederecht, können aber nicht mit abstimmen. Auch der Deutsche Pflegerat, die Bundesärztekammer und die Private Krankenversicherung sind sogenannte „Beteiligte“. Sie dürfen an den Beratungen zu Beschlüssen teilnehmen.

Die nächst niedrigere Stufe beim G-BA sind die Institutionen, die ein Stellungnahmerecht bei bestimmten Beschlüssen haben. Hier kommen die Berufsver-

BMG) vor, der nicht inhaltlich, sondern nur formell prüfen muss. Gibt es keine Beanstandungen, so kann der Beschluss des G-BA umgesetzt werden. Die Auswirkungen von Beschlüssen des G-BA auf die Verordnungssituation in Heilmittelpraxen konnte man gut bei der ersten „Reform“ der Heilmittelrichtlinie 2004 beobachten. Da die meisten Heilmittelpraxen zwischen 80 und 90 Prozent ihrer Umsätze mit GKV Patienten machen, spielt der G-BA eine größer Rolle für die meisten Praxen als das wahrgenommen wird. *(bu)*

Interview mit Maria Klein-Schmeink

„Die Verteilung ist nicht gerecht."

Ende Januar forderten die Grünen im Bundestag die Bundesregierung in einer kleinen Anfrage auf, zur unterschiedlichen Verordnungspraxis in den Bundesländern bei der Physio-, Ergo- und Sprachtherapie Stellung zu beziehen. Maria Klein-Schmeink, Mitglied der Grünen und im Gesundheitsausschuss des Bundestages, stellte sich den Fragen von up.

? Frau Klein-Schmeink, Sie haben kritisiert, es könne nicht mit rechten Dingen zugehen, wenn die Menge von Heilmittelverordnungen in Deutschland sich regional so stark unterscheidet. Und Sie haben Ende Januar eine entsprechende kleine Anfrage an die Bundesregierung gerichtet. Kann es nicht einfach an der unterschiedlichen Morbidität liegen?

Nur bei leichten Abweichungen kann man dies mit unterschiedlicher Morbidität erklären. Aber wenn ich sehe, dass es in einigen Regionen mehr als das 3,2-fache verordnet wird als in anderen Regionen, etwa bei der Krankengymnastik, dann müssen andere Gründe vorliegen. Die wollen wir erfahren. Ähnlich ist es bei der Ergotherapie, auch hier finden wir erhebliche Unterschiede.

? Wir reden ja über einen relativ kleinen „Teil vom Kuchen"...

Ja, es handelt sich um 5,6 Prozent der AOK-Gesamtausgaben. Das ist nicht eben der größte Anteil. Aber für etliche Krankheitsbilder ist die physikalische Therapie das Mittel der Wahl. Da gibt es keine Alternativen. Sie schafft Lebensqualität und beugt der Verschlimmerung der Krankheiten vor. Da darf man nicht nur über die Budgets nachdenken, sondern man muss auch klar sehen, dass die Krankenversicherung die angemessene Versorgung sicherstellen muss.

? Die Bundesregierung hat auf Ihre Anfrage reagiert

Ja, aber der Verweis auf die Zuständigkeiten der Krankenkasse, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesaufsichten genügt einfach nicht. Damit lässt man das Problem auf sich beruhen. Dabei hat es in der Vergangenheit schon mehrfach Anfragen und Anschreiben von Behindertenverbänden an Bundestagsabgeordnete gegeben, die genau das Problem der stark unterschiedlichen Verordnungen thematisierten. Diese Anschreiben haben kritisiert, dass Ärzte Verordnungen der Therapien verweigern, weil sie anderenfalls ihre Budgetgrenzen überschreiten würden. Gerade bei Kindern mit Behinderungen sind das gravierende Versäumnisse. Ein zweiter Grund ist das unterschiedliche Angebot bei der Frühförderung von

Da darf man nicht nur über die Budgets nachdenken, sondern man muss auch klar sehen, dass die Krankenversicherung die angemessene Versorgung sicherstellen muss.

Kindern mit Behinderungen in den verschiedenen Bundesländern. Zum Beispiel können spezielle Angebote für Kinder mit Behinderungen in der Ergotherapie nicht ganz genau abgegrenzt werden – ob sie über das SGB IX von den Kassen bezahlt werden oder über die Sozialkassen vom jeweiligen Land. Werden sie von den Kassen bezahlt, hat das wieder Einfluss auf die Budgets. Das muss geklärt werden. Das kann regional unterschiedlich gehandhabt werden. Um so wichtiger ist es, dem nachzugehen und eine einheitliche Regelung zu finden.

? Um aber etwa Budgetgrenzen nach oben zu öffnen, ist nicht die Bundesregierung zuständig. Was erwarten Sie von der Regierung?

Die Regierung hat zwar verschiedene Faktoren als Gründe für die unterschiedliche Verordnungsdichte aufgezählt, zum Beispiel bestimmte Kampagnen, Verfügbarkeit der Angebote oder auch die Morbidität. Aber sie hat nicht gesagt, wo welche Faktoren vorliegen und wie man die Situation verbessern könnte. Stattdessen hat sie die Verantwortung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen verschoben und die Landesaufsichten auf den Sicherstellungsauftrag hingewiesen.

Die Bundesrichtlinien schreiben vor, dass bundeseinheitlich verordnet werden soll.

? Das sind ja auch die zuständigen Stellen.v

Die Bundesrichtlinien schreiben vor, dass bundeseinheitlich verordnet werden soll. Wenn eine Leistung im Katalog des gemeinsamen Bundesausschusses ist, muss sie erbracht werden.

? Das hat die Regierung in ihrer Antwort auch geschrieben.

Ja, aber die Wirklichkeit ist, dass die Patienten das letzte Glied in der Versorgungskette geworden sind und unter Umständen von einer Stelle zur anderen geschickt werden. Die Verteilung ist eben nicht immer gerecht. Kassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Landes-Ministerien sind schon die richtigen Adressaten, aber die Bundesregierung muss hier nachhaken, den Verantwortlichen schreiben und für die Einhaltung der Bundesrichtlinien sorgen. Weil die Regierung es nicht tut, werden wir Grüne es jetzt tun.

Maria Klein-Schmeink ist Mitglied der Grünen und im Gesundheitsausschuss des Bundestages.

? Was fordern Sie von den Verantwortlichen?

Erstens sollen sie ermitteln, ob es eine Unterversorgung gibt oder nicht, und sie sollen die Zahlen darlegen. Sie sollen den Ursachen der stark abweichenden Verordnungen nachgehen und die Ergebnisse dokumentieren. Und ich erwarte zweitens, dass die allgemeinen Grundsätze, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Bezug auf die Heilmittel aufgestellt hat, dann auch eingehalten werden.

? Welche Schritte sollen da eingeleitet werden?

In Budgets der Ärzte kann man nicht einfach eingreifen. Aber die Selbstverwaltung muss sich fragen: Stimmen noch die Empfehlung an ihre Mitglieder? Gibt es Folgeprobleme durch die Beschränkung der Verschreibungen? Werden die Richtgrößen entsprechend aufgestockt? Die Landesministerien sollten für das Problem sensibilisiert werden und darauf hinwirken, dass die Patienten, die eine Behandlung brauchen, auch eine Behandlung erhalten. Da muss auch der Gemeinsame Bundesausschuss überlegen, ob man nicht eine großzügigere Handhabung von Folgeverordnungen erlauben sollte. Nach acht oder zehn Verordnungen ist ja derzeit Schluss. Wir wollen schließlich regional abfragen können, ob die besonders verletzlichen Gruppen auch wirklich angemessen versorgt werden.

Kontakt: BERLINER BÜRO:
Platz der Republik 1, 11011 Berlin, T: 030/227-72307,
F: 030/227-76307, www.klein-schmeink.de

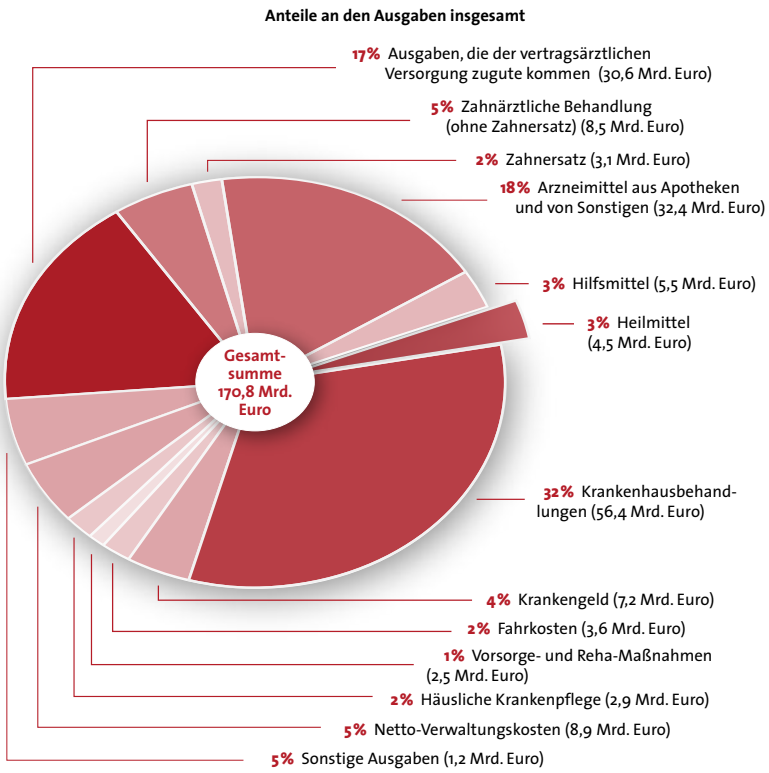
Heilmittelausgaben wachsen unterdurchschnittlich

2009 war für die GKV ein gutes Jahr

Über eine Milliarde Euro Überschuss hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in 2009 erwirtschaftet. Die Ausgaben stiegen um 10 Mrd. Euro, das entspricht einem Ausgabenzuwachs je Versichertem in Höhe von 6,4 Prozent. Die Ausgaben für Heilmittel wachsen erneut unterdurchschnittlich um nur 4,7 Prozent.

Die vorläufigen Finanzergebnisse 2009 für die GKV zeigen, so das Bundesgesundheitsministerium, dass sich die Finanzlage der GKV stabilisiert hätte. Wachstum in allen Ausgabenbereichen prägen die Statistik: 7,4 Prozent Zuwachs für die Ärztehonorare, 6,6 Prozent für die Krankenhäuser und 5,3 Prozent mehr für Arzneimittel. Die großzügigen Bundeszuschüsse in den Gesundheitsfonds in Höhe von 7,1 Mrd. Euro sind angekommen.

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, Ausgabenanteile 1. bis 4. Quartal 2009



Überraschend ist die Entwicklung der Verwaltungskosten der GKV mit einem Wachstum von 8,1 Prozent je Versichertem. Selbst wenn man zusätzlichen Verwaltungsaufwand durch den Gesundheitsfonds berücksichtigt, würde man bei ständigen Kassenfusionen doch eigentlich einen Rückgang der Verwaltungskosten erwarten.

Kommentar

Angeordneter Etikettenschwindel

Die jüngst veröffentlichten Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) über die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind zu hoch. Denn das BMG hat beschlossen, die Zuzahlungen und Eigenanteile der Patienten als Ausgaben der GKV zu bewerten.

Dass Zuzahlungen und Eigenanteile von Patienten nicht den Ausgaben der GKV zugeordnet werden, ist bundesweiter Konsens. In der jüngsten Pressemitteilung des BMG zur Finanzentwicklung der GKV (siehe oben) werden die Gesamtausgaben zwar noch korrekt ohne Zuzahlungen wiedergegeben, aber bei der Detailbetrachtung der einzelnen Ausgabenbereiche hat das Ministerium die von den Versicherten geleisteten Zuzahlung als Ausgaben der GKV mit ausgewiesen.

Das führt dazu, dass sich die „Ausgaben" beispielsweise für Heilmittel überraschend erhöhen: Für das Jahr 2008 wurden vom BMG im März vergangenen Jahres 4,1 Mrd. Euro Ausgaben ausgewiesen. In diesem Jahr werden für denselben Zeitraum 4,5 Mrd. Euro Ausgaben gemeldet. Die Zuzahlungen der Patienten machen den Unterschied aus, dies bestätigte die Pressestelle des BMG auf Nachfrage von up. Die Ausgaben der GKV würden zzgl. der Zuzahlungen der Versicherten angegeben, so Susanne Wackers, Mitarbeiter der Pressestelle des BMG und fügt als Begründung an: „Es wird so transparent, welche Mittel bei den einzelnen Leistungserbringern ankommen."

In der Pressemitteilung des BMG werden unter der Überschrift „Entwicklung der einzelnen Ausgabenbereiche" auch die Zuzahlungen der Patienten ausgewiesen. Danach haben Patienten 4,8 Mrd. Euro privat bezahlt, weil sie Leistungen der GKV in Anspruch nehmen mussten. Bis Ende 2008 wurden die Ausgaben der GKV regelmäßig als Nettobetrag, also ohne Zuzahlungen und Eigenanteile der Patienten angegeben.

4,8 Mrd. Euro der Versicherten vereinnahmt das BMG ohne weiter Erklärung als scheinbare Ausgaben der GKV. Ist das nur ein Taschenspielertrick um die vermeintliche „Kostenexplosion" im Gesundheitswesen mit Zahlen untermauern zu können? Oder will man zeigen wie „gierig" die Leistungserbringer sind?

Statt darüber zu berichten, welche Steuerungswirkung die Zuzahlungspflicht hat (nämlich kaum messbar), wird mit den Zahlungen der Patienten Politik gemacht – zugunsten der Interessen der Politik. Patienteninteressen zählen in der Gesundheitspolitik eben immer noch nicht. *(bu)*

Bayern schafft gesetzliche Grundlage für sektoralen Heilpraktiker

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden in Bayern können jetzt die Zulassung als Heilpraktiker beschränkt auf ihr jeweiliges Fachgebiet beantragen. Grundlage für diesen Antrag ist eine kürzlich veröffentliche Änderung zur Umsetzung des Heilpraktikergesetzes.

Das Urteil des Bundessozialgerichts zur Behandlung durch Physiotherapeuten ohne ärztliche Verordnung zeigt endlich Wirkung. Unter dem Titel „Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung" hat das Land Bayern geregelt, dass und wie in Zukunft nichtärztliche Heilmittelerbringer eine sektorale Heilpraktikerzulassung erhalten können. Dabei werden Ergotherapeuten und Logopäden in die Regelungen mit eingeschlossen. In Ziffer 3.5 der Veröffentlichung heißt es dazu:

- „Bringt die Antrag stellende Person bei der Antragstellung zum Ausdruck, dass sie die Heilkunde ausschließlich auf dem Gebiet eines staatlich geregelten Heilhilfsberufs ausüben will (z. B. Physiotherapie), so ist, wenn die insoweit einschlägigen Voraussetzungen erfüllt sind, die Erlaubnis ausdrücklich und förmlich auf dieses Gebiet zu beschränken. Auf die Führung der Berufsbezeichnung „Heilpraktiker" bzw. „Heilpraktikerin" kann in dem Fall nicht verzichtet werden, wobei die Einschränkung hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs deutlich zu machen ist. Eine gesetzlich vorgeschriebene Berufsbezeichnung gibt es nicht, die geführte Bezeichnung darf jedoch nicht irreführend im Sinn des Heilmittelwerberechts und des Wettbewerbsrechts sein. Als rechtlich unbedenklich kann der Antrag stellenden Person danach die Verwendung der Berufsbezeichnung „Heilpraktiker bzw. Heilpraktikerin, beschränkt auf das Gebiet der … [z. B. Physiotherapie]" empfohlen werden."

Im Abschnitt 5.3 der Verordnung werden die Regeln für die Kenntnisprüfung festgelegt:

- „Von der Antrag stellenden Person ist nachzuweisen, dass sie eine Ausbildung in einem bundesgesetzlich geregelten Heilhilfsberuf erfolgreich abgeschlossen hat… Es ist eine auf das beabsichtigte Tätigkeitsgebiet (z. B. Physiotherapie) eingeschränkte Überprüfung durchzuführen. Dabei hat die Antrag stellende Person zu zeigen, dass sie ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit auf ihrem beabsichtigten Tätigkeitsgebiet gegenüber der den Ärztinnen und Ärzten und den allgemein als Heilpraktikerin und Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen Behandlungen besitzt und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder hat. Außerdem sind Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen (vgl. BVerwG, Urteil vom 26. August 2009, Az.: 3 C 19.08, GewArch 2010, S. 43).
- Die Antrag stellende Person hat nachzuweisen, dass sie bei im Rahmen des ausgeübten Heilhilfsberufs typischen Beschwerdebildern in der Lage ist, unter Berücksichtigung differenzialdiagnostischer Erwägungen eine (Erst-)Diagnose zu stellen und dabei zu erkennen, ob und inwieweit zur näheren Abklärung weitergehende Untersuchungen oder bestimmte diagnostische Verfahren erforderlich sind, für die der Patient an eine Ärztin oder einen Arzt zu verweisen ist (z. B. radiologische Abklärung, Messung der Knochendichte). Die Befähigung, eine umfassende ärztliche Differenzialdiagnose zu stellen, ist nicht Gegenstand der Überprüfung.
- Nicht Gegenstand der Überprüfung sind ebenso Kenntnisse und Fähigkeiten, welche die Antrag stellende Person für das beabsichtigte Tätigkeitsgebiet nicht benötigt oder die sie aufgrund ihrer Ausbildung nach Nr. 5.3.1 schon besitzt.
- Auf die Überprüfung… kann im Einzelfall verzichtet werden, wenn die Antrag stellende Person eine staatlich anerkannte oder gleichwertige Aus-, Fort- oder Weiterbildung erfolgreich (d. h. mit einer bestandenen Prüfung) abgeschlossen hat, durch welche insbesondere die gemäß Nr. 5.3.2 nachzuweisenden Kenntnisse zur Erstellung einer (Erst-) Diagnose in Abgrenzung zur Tätigkeit der Ärzte und der allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen sowie in Berufs- und Gesetzeskunde abgedeckt sind. Die Entscheidung trifft die Kreisverwaltungsbehörde nach Überprüfung aller vorgelegten Zeugnisse und sonstigen Nachweise über absolvierte Studiengänge und Zusatzausbildungen (vgl. BVerwG, Urteil vom 26. August 2009)." *(bu)*

Service: Den vollständigen Text können Sie bei der praxiswissen24-Hotline abrufen.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Heilmittelvereinbarung und Richtgrößen veröffentlicht

Entspannte Verordnungssituation im Saarland

Mit einem Heilmittelausgabenvolumen in Höhe von mehr als 51 Millionen Euro haben sich die KV Saarland und die GKV auf ein Ausgabenvolumen für Heilmittel festgelegt, dessen Einhaltung nach den Ist-Zahlen der Vorjahre überhaupt keine Probleme machen dürfte.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Für nur 47 Millionen Euro haben saarländische Ärzte in 2008 Heilmittel verordnet. Damit dürfte für die meisten Ärzte die Regressangst im Saarland gebannt sein. Die aus dem Heilmittelausgabenvolumen abgeleiteten Richtgrößen machen Chirurgen (+18 %) und Kinderärzte (+6,39 %) zu den Gewinnern. Orthopäden und Allgemeinärzte wachsen nur um rund 3 bis 4 Prozent.

Die sogenannten Vorab-Praxisbesonderheiten haben sich nicht verändert und sind in der „Anlage 2 der Prüfvereinbarung vom 1.07.2008“ festgehalten. Sie beschreiben auf zwei engbeschriebenen Seiten eine ganze Reihe von Indikationen aus allen Heilmittelbereichen, die „extrabudgetär“ sind.

Service: Alle Vereinbarungen und Richtgrößen der KV Saarland finden Sie wie immer auf www.heilmittel-regress.de/KV-Saarland. Dort können Sie ebenfalls das Richtgrößen-Controlling-Tool mit den aktuellen Saarländischen Daten für 2010 für Ihre Ärzte herunterladen. *(bu)*

Mehr Kooperationen mit Kliniken möglich

Therapeuten müssen sich darauf einstellen, dass die klassischen Grenzen zwischen den Sektoren wegfallen. Leistungsanbieter, die bislang nur stationär tätig waren, schaffen Behandlungsketten oder treten in Konkurrenz zu niedergelassenen Therapeuten und Ärzten.

„Völlig abwegig“, „Schützengräben“ und ähnliches Vokabular wird derzeit der Hamburger Krankenhausgesellschaft entgegen geschleudert. Ärztekammer und KV in der Hansestadt entrüsten sich damit über gesundheitspolitische Positionen der Kliniken. Es tobt eine der letzten Abwehrschlachten um die Sektorengrenzen, in die möglichst kein anderer eindringen darf und die den jeweils zugelassenen Leistungsanbietern unliebsame Konkurrenz vom Halse halten soll.

Therapeuten erbringen schon längst poststationäre Leistungen

Doch es sind nur die letzten Zuckungen eines Systems, das sich längst mit den neuen Bedingungen arrangiert. Die Leistungsanbieter in den Metropolen erleben das Zusammenwachsen der Sektoren längst in der täglichen Arbeit. Spezialisierte Leistungen dürfen von Kliniken bereits ambulant erbracht werden. Niedergelassene Ärzte und Therapeuten werden von Kliniken mit poststationären Leistungen beauftragt oder bieten selbst Leistungen an, die noch vor wenigen Jahren Kliniken vorbehalten waren. Entscheidend ist, wer eine Leistung zu gleicher Qualität günstiger oder zu gleichen Preisen zu besserer Qualität anbieten kann. Dies kann zum Beispiel dazu führen, dass niedergelassene Therapeuten einen Klinikauftrag erhalten, für den zuvor ein fest angestellter Kollege zuständig – aber teurer war. Es entstehen große ambulante Einrichtungen, die den Markt verändern. Das Endokrinologikum oder das Dermatologikum sind Beispiele aus dem ärztlichen Sektor. Auch Medizinische Versorgungszentren, in denen Ärzte und Therapeuten unter einem Dach kooperieren, gehören zu dieser Entwicklung.

Sektorenübergeifende Medizin soll in Zukunft noch ausgebaut werden

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft zeigt nun, in welche Richtung sich das System in den kommenden Jahren entwickeln könnte. In einem Positionspapier heißt es: „Die Patienten müssen für ambulante Medizin grundsätzlich auch das Krankenhaus wählen dürfen. Zusätzlich sollen sektorenübergreifende Leistungsangebote von Krankenhäusern oder in Kooperation von Ärzten und Krankenhäusern weiter gestärkt werden. Bei komplizierten und länger dauernden Krankheitsverläufen schätzen die Patienten aufeinander abgestimmte Versorgungsangebote. Sie bieten durch Abbau von Informationsverlusten und Doppeluntersuchungen wirtschaftliche und qualitative Vorteile. Die Entscheidung der Patienten für oder gegen ein Leistungsangebot wird eine Neuorientierung ambulanter, stationärer und sektorenübergreifender Medizin nach sich ziehen.“

Risiko für kleine Praxen

Dabei gehen die Kliniken von gleichen Preisen aus – egal, ob eine Leistung von einem Krankenhaus oder einem niedergelassenen Anbieter erbracht wird. Die Öffnung des Marktes, die Deregulierung und die hohen Freiheitsgrade, die damit einhergehen, bieten Chancen besonders für innovative und schnelle Anbieter, aber auch für solche, die mit viel Kapital ausgestattet sind. Hier liegt das größte Risiko für kleine Praxen, die sich gegen große Anbieter zum Teil unterlegen fühlen. Dabei wird aber oft nicht berücksichtigt, dass kleine Anbieter flexibler reagieren können, sich individueller auf ihre Patienten einstellen und Nischen besetzen, die von großen Anbietern nicht entdeckt werden. Die von den ärztlichen Körperschaften gezeigte Abwehrhaltung kann diese Entwicklung kaum aufhalten.

(di)

Korruption im Gesundheitswesen

Leistungserbringer im Fahndungsvisier

Fingierte Behandlungen, manipulierte Rezepte, und vor allem unzulässige Kooperationen zwischen Ärzten und Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln – all das stand in diesem Jahr im Mittelpunkt der Tagung „Betrug und Korruption im Gesundheitswesen" der KKH-Allianz in Hannover.

Derzeit beobachte man verstärkt, dass einzelne Ärzte sich mit einem Trick am Gewinn zum Beispiel von Sanitätshäusern oder Hörgeräteakustikern beteiligen und dort gezielt ihre Patienten hinschicken, hieß es. Dazu gründen sie über ihren Ehepartner oder einen Treuhänder eine GmbH und verschleiern so, dass sie finanziell davon profitieren. Diese Form der Zusammenarbeit zieht offenbar immer größere Kreise. „Teilweise bieten Treuhänder Ärzten ihre Dienste zur Gründung einer GmbH systematisch und offensiv an", berichtete Ingo Kailuweit, Chef der KKH-Allianz.

Der neue Weg über die GmbH ist auch Wettbewerbshütern ein Dorn im Auge: „Wenn ein Arzt Patienten ohne hinreichenden Grund an einen bestimmten Anbieter verweist, verstößt er gegen das Berufsrecht", sagt Peter Brammen, juristischer Assessor bei der Wettbewerbszentrale in Hamburg – jedenfalls dann, wenn er damit Geld verdient. Brammen: „Ein Arzt darf durch seine Verordnungs- und Empfehlungspraxis keine Zusatzverdienste erzielen."

Dunkelziffer ist hoch

Die Dunkelziffer sei erheblich, die KKH-Zahlen spiegelten nur einen geringen Teil, hieß es. Im Jahr 2009 hat die KKH-Allianz insgesamt in 228 Fällen gegen Krankengymnasten und Physiotherapeuten ermittelt – sie ermittelte damit häufiger als andere Kassen. In 128 Fällen gingen die Ermittler gegen Ärzte vor. Im Bereich der häuslichen Pflege gab es 81 Fälle zu verzeichnen. Es folgen Apotheker (67 Fälle) und Zahnärzte (37 Fälle).

Die größte Schadenssumme im Jahr 2009 verursachten Betrugsfälle von Apothekern mit 270.000 Euro, gefolgt von unzulässiger Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern mit 121.000 Euro und stationären Krankenhausfällen mit 92.000 Euro.

Unter anderem wegen der wachsenden Beteiligung der Hilfsmittelanbieter ist auch die Bundesinnung für Hörgeräteakustiker (biha) aktiv geworden. Dass sich HNO-Ärzte an Geschäften von Hörgeräteakustikern beteiligen, sei illegal, hieß es. „Wir lehnen Geschäftsmodelle wie die HNO-Ärzte-GmbH ethisch, moralisch und juristisch ab", sagte Jakob Stephan Baschab, Hauptgeschäftsführer der Innung.

Matthias Braasch von der Uni Gießen spricht gar von regelrechten Erpressungsversuchen. „Zum Teil setzen Ärzte Apotheker, Optiker, Hebammen, Physiotherapeuten oder Hörgeräteakustiker damit unter Druck, dass sie ihren Patienten von den entsprechenden Anbietern abraten, wenn diese nicht dafür zahlen, dass Patienten geschickt werden." Die Palette der Leistungen sei sehr groß, so Braasch: „Studien zufolge ist etwa im Saarland jede siebte Apotheke verwickelt und jeder achte niedergelassene Arzt."

Kooperationen sind erlaubt

Natürlich sind solche Praktiken durch die ärztliche Berufsordnung untersagt. „Der Paragraf 128 SGB V hat dieses Verbot sogar juristisch gesehen auf eine neue Stufe gehoben", erklärte Matthias Braasch. Jetzt müssen die Krankenkassen Verdachtsfälle prüfen und die Staatsanwaltschaft informieren. Selbst Empfehlungen eines Optikers, Sanitätshauses oder eines Therapeuten durch den Arzt können ihn in die Bredouille bringen. Selbst auf Nachfrage des Patienten ist eine solche Empfehlung „wettbewerbsrechtlich nicht legal", erklärte Braasch, „auch wenn der Patient in der Regel dankbar ist für solche Hilfestellungen."

Aber es gibt auch Kooperationen zwischen Ärzten und Anbietern, die durch den Paragrafen 128 SGB V neuerdings erlaubt sind. „Der Arzt muss nun seine Mitwirkung an der Hilfsmittelversorgung mit der Kasse vertraglich regeln", erläutert Peter Brammen von der Wettbewerbszentrale, „dann wird aber die Kasse den Arzt bezahlen und sie muss den Vertrag der Ärztekammer melden." Nach der Gesetzesänderung im SGB V sei eine so geregelte, gezielte Zuweisung eines Patienten zum Beispiel zu einem bestimmten Physiotherapeuten nur dann möglich, „wenn ein hinreichender Grund vorliegt", erklärte Braasch, „zum Beispiel eine medizinische Indikation für deren Behandlung der Physiotherapeut über ein entsprechendes Alleinstellungsmerkmal verfügt."

Durch die Neuregelung sei immerhin der „verkürzte Versorgungsweg" als Einfallstor für Betrug zurückgegangen, berichtete Baschab. Zum Beispiel hätten früher manche HNO-Ärzte Patienten erklärt, sie könnten etwa die Anpassung des Hörgerätes gleich in der Praxis machen lassen. Viele Patienten hielten sich dann an ihren Arzt, und der kassierte einen Abschlag von „seinem" Akustiker – und verdiente so am Gerät mit. Auch hier hätten Ärzte teils massiven Druck ausgeübt, damit die Anbieter mitmachen. „Mit diesem verbotenen Bezahl-Modell wurde das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patienten zum finanziellen Vorteil des Arztes ausgenutzt", sagte Baschab. Die vorgeschriebene Trennung von medizinischen und gewerblichen Leistungen sei damit klar durchbrochen worden.

Paragraf 128 im SGB V hat den verkürzten Versorgungsweg durch die Genehmigungspflicht stark zurück gehen lassen, hieß es, aber mit den Arzt-Hilfsmittelanbieter-GmbH haben die schwarzen Schafe offenbar wieder ein Schlupfloch gefunden. *(ben)*

Lesen Sie dazu auch den Artikel „Ärzte dürfen Therapeuten empfehlen" auf www.up-aktuell.de

Durchschnitt Zwei minus

Lange Wartezeiten, überfüllte Krankenhausflure – das Image von Krankenhäusern ist nicht gerade das Beste. Die Patienten sehen das allerdings nicht so dramatisch, wie eine Umfrage der AOK Rheinland/Hamburg jetzt zeigt.

Die regelmäßig durchgeführte Umfrage unter Klinikpatienten in Hamburg machte deutlich, dass Patienten mit den Leistungen der Krankenhäuser mehr als zufrieden sind. Die Kasse hatte 3.000 Patienten in der Hansestadt befragt, die mindestens zwei Nächte in einer Hamburger Klinik zugebracht haben. Rund 40 Prozent der Befragten hatten sich beteiligt und 16 Fragen beantwortet. Schlechter als befriedigend schneidet kein Haus ab, Durchschnittsnote ist eine Zwei minus (76,8 Prozent der Höchstpunktzahl).

Beste Noten für ärztliche Versorgung

Die besten Noten vergaben die Patienten für die ärztliche Versorgung (80 Prozent der Höchstpunktzahl). 78 Prozent der Befragten würden das Haus an den besten Freund weiterempfehlen. Die pflegerische Betreuung erhielt mit 77,5 Prozent ebenfalls gute Beurteilungen. Nach Organisation (75,3 Prozent) und Service (74,5 Prozent) schnitt der Behandlungserfolg (71,6 Prozent) am schlechtesten bei den abgefragten Kriterien ab. Die besten Noten erhielten das Albertinen-Krankenhaus (82,9 Prozent) sowie das Schön-Klinikum Hamburg-Eilbek und das Diakonie-Klinikum (jeweils 81,1 Prozent). Unter 69 Prozent der Höchstpunktzahl erhielt keines der Häuser. Die Ergebnisse veröffentlicht die AOK nur, wenn mindestens 75 Patientenbeurteilungen vorliegen.

Ältere Patienten schneller zufrieden

Neben der allgemeinen Zufriedenheit zeigen die Ergebnisse auch, dass ältere Patienten allgemein sehr viel leichter zufrieden zu stellen sind als jüngere. Über 70jährige beurteilten insbesondere den Service und die Organisation milder als die 18- bis 30jährigen. Ein anderes Ergebnis: Wer in einem Zimmer mit vier Betten lag, zeigte sich anschließend in allen abgefragten Punkten im Durchschnitt unzufriedener als Patienten in Zimmern mit weniger Betten – trotz aller guten Noten also auch ein Hinweis auf die steigenden Ansprüche der Patienten. Nach Angaben der Kasse sind ohnehin nur noch sieben Prozent der Klinikpatienten in Vier-Bett-Zimmern untergebracht. Für die AOK sind solche – noch vor wenigen Jahren selbstverständlichen – Zimmer ein „Auslaufmodell“. *(di)*

Neue Therapie nach Schlaganfall

Singend wieder sprechen lernen

Über den Gesang können Schlaganfall-Patienten wieder sprechen lernen. Mit Hilfe einer neuen Musiktherapie geben US-Forscher Menschen neue Hoffnungen, deren Sprachzentrum nach einem Gehirnschlag zerstört wurde. Möglicherweise bietet sie auch für Logopäden einen neuen Behandlungsansatz.

Zum ersten Mal wurde an der Harvard Medical School in Boston eine Methode wissenschaftlich erforscht, mit der Schlaganfall-Patienten das Sprechen wieder erlernen, die Melodische Intonationstherapie (MIT). Während das Sprachzentrum auf die linke Hirnhälfte beschränkt sei, aktiviere Musik Regionen auf beiden Seiten des Gehirns, sagte der Neurologe Gottfried Schlaug von der Harvard University auf einer Tagung der US-Forschungsvereinigung AAAS (American Academy fort he Advancement of Science) in San Diego. Durch Singen, so die Hoffnung, könnte ein Ersatz-Sprach-Netzwerk auf der rechten Hirnhälfte aktiviert werden, das die Funktionen der zerstörten Sprachzentren der linken Seite übernimmt.

Simple Tonfolgen würden den Patienten ein Gerüst für ihre Sprachversuche geben, so der aus Deutschland stammende Wissenschaftler. Zunächst würden sie hundert Sätze wie „Ich bin hungrig“, „Ich habe Durst“ oder „Ich muss auf die Toilette“ singend lernen. Er habe aber schon Patienten erlebt, die nach der Musiktherapie so weit waren, dass sie eine öffentliche Rede halten konnten.

Der Bostoner Forscher erstellte die erste Studie über den Erfolg dieser neuen Therapie. Es zeigte sich, dass Patienten, die kein Wort mehr artikulieren konnten, nach 75 Therapie-Sitzungen wieder einen Wortschatz von mehreren hundert Wörtern hatten. Hirnaufnahmen ließen erkennen, dass die von der Musik angesprochenen Zentren neue Verbindungen im Hirn knüpften. Einziger Nachteil der Therapie: Sie erfordere wenigstens 75 Sitzungen und werde wegen ihrer Dauer nicht von den Krankenkassen bezahlt. Allerdings könnten auch Verwandte das Verfahren erlernen und täglich mit den Patienten trainieren. *(ks)*

Zappelphilipp-Syndrom

Medikamentöse Therapie oft zu leichtfertig

„Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt", heißt es bei Wilhelm Buschs „Zappelphilipp". Laut einer Forsa-Umfrage glauben sieben Prozent der Eltern in Deutschland, dass auch ihr Kind unter AD(H)S leidet – im Volksmund auch als „Zappelphilipp-Syndrom" bekannt. Viele geben schnell Psychopharmaka – nach Ansicht von Experten nicht die geeignete Therapie.

Statistisch gesehen hieße das, dass in jeder Klasse mit 28 Schülern mindestens zwei Kinder mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung sitzen. Zu viele, sagen Experten: Es seien nur etwa zwei bis sechs Prozent betroffen – Jungen deutlich häufiger als Mädchen, heißt es in einer Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse, die die Umfrage in Auftrag gegeben hatte. Befragt worden waren 1.000 Eltern mit mindestens einem Kind im Alter zwischen 6 und 18 Jahren.

Laut Umfrage bejahten vor allem jüngere Eltern sowie Familien in Großstädten und Familien mit niedrigeren Einkommen die Frage nach AD(H)S. Dabei gebe es große regionale Unterschiede: Während in Bayern elf Prozent der Eltern die psychische Störung bei ihrem Kind angaben, waren es in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern nur ein Prozent.

Ausführliche Diagnostik ist wichtig

„Die Diagnose AD(H)S bedarf einer umfassenden Diagnostik. Dazu gehören ausführliche Gespräche mit Eltern, Lehrern und Erziehern sowie umfangreiche Untersuchungen", erklärt TK-Psychologe Johannes Klüsener. Nur mit einer ausführlichen Diagnostik könne die geeignete Therapie gefunden und kritisch überprüft werden, ob Methylphenidat, auch bekannt als Ritalin, gegeben werden müsste.

Nach Angaben der TK erhalten immer mehr Kinder Psychopharmaka, das Arzneimittelvolumen sei in drei Jahren um über 30 Prozent gestiegen. „Wir haben 2009 über neun Millionen Euro für diese Medikamente ausgegeben", meint Klüsener. Statistisch gesehen habe mehr als jedes zehnte Kind im letzten Jahr ein solches Präparat bekommen. „Das wirft die Frage auf, ob heute leichtfertiger mit so einem Präparat für kleine Patienten umgegangen wird als früher."

Jedes zehnte Kind schluckt Psychopharmaka

Es gebe verschiedene Ursachen für die Entstehung von AD(H)S, erklären die Psychologen. „Man kann davon ausgehen, dass neurobiologische und psychosoziale Faktoren zusammenwirken", meint Johannes Klüsener. „Offenbar bestimmen ererbte Faktoren das Risiko, zu erkranken. Aber erst wenn ein Kind auf bestimmte Lern- und Umweltbedingungen stößt, kann die Erkrankung ausbrechen." Gesellschaftliche Veränderungen, Bewegungsmangel oder Medienkonsum seien nicht die Ursachen von AD(H)S, könnten aber den Verlauf beeinflussen. Laut Forsa-Umfrage der TK bewege sich fast jedes dritte Kind weniger als 90 Minuten am Tag (und darin sind der Schulweg und das Toben in der Wohnung bereits eingerechnet), aber: Mehr als jedes dritte Kind sehe mehr als eine Stunde fern, und 80 Prozent der Kinder säßen täglich an Computer oder Spielkonsole. „Reizüberflutung und Bewegungsmangel sind schädlich für alle Kinder, dies gilt aber in besonderem Maße für Kinder mit einer Veranlagung oder einer bereits bestehenden psychischen Störung", so Klüsener. Allerdings dürfe AD(H)S nicht als schnelle Erklärung für ein anstrengendes Kind herhalten. Nicht alles was auffällig sei, müsse auch krankhaft sein.

Bevor Psychopharmaka verordnet würden, müsse zunächst eine vorübergehende Entwicklungsstörung ausgeschlossen werden. Auch organische und neurologische Erkrankungen wie Epilepsie könnten ähnliche Symptome auslösen. Medikamente allein seien noch keine Therapie; sie machten die Behandlung der betroffenen Kinder oft überhaupt erst möglich. Und arzneimittelrechtlich seien sie ausschließlich als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms zugelassen – zum Beispiel in Verbindung mit psychotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen. *(ks)*

kurz & knapp

Neues Infoportal zu ADHS jetzt online +++ Ein neues Internetportal bietet seit Anfang März Informationen zum Thema „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)". Unter www.adhs.info sollen Eltern, Pädagogen, betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene speziell auf ihren Bedarf abgestimmte Informationen und eine Vielzahl von Hilfen finden.

Derzeit ist der Bereich für Eltern zugänglich. Bis Ende 2010 sollen alle weiteren Bereiche freigeschaltet werden, verspricht das „zentrale adhs-netz" als Betreiber des Infoportals auf der Homepage. Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Universität Köln entwickelte das Netzwerk dieses neue Angebot. Die Informationen basieren auf wissenschaftlichen Studien sowie auf Leitlinien von Fachgesellschaften und Expertengruppen.

Als bundesweites Netzwerk verfolgt das zentrale adhs-netz das Ziel, die Versorgung der Betroffenen zu verbessern und ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Menschen mit ADSH zu bieten. *(ks)*

Regionale Integrierte Vollversorgung

Ohne Therapeuten geht es nicht

„Wenn die Verträge stehen, kommen wir aktiv auf Therapeuten zu“: Armin Meyer von Optimedis.

Wenn Ärzte sich nicht nur auf das Heilen beschränken, sondern vorbeugend an der Gesunderhaltung der Menschen arbeiten, sind Therapeuten unverzichtbar. Dies zeigen Pioniermodelle wie „Gesundes Kinzigtal“ – jetzt stehen weitere Regionen in den Startlöchern.

Therapeuten, Ärzte und Patienten legen gemeinsam Gesundheitsziele fest, erarbeiten dafür Programme und bekommen darüber hinaus auch noch eine angemessene Vergütung von zufriedenen Krankenkassen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert sich, die Patientenzufriedenheit steigt. Klingt utopisch, gibt es aber. Die bisherigen Ergebnisse im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ deuten daraufhin, dass solche Modelle funktionieren können (wir berichteten). Im Fachjargon heißen diese Modelle Regionale Integrierte Vollversorgung (RIVV). Sie beschränken sich im Gegensatz zu indikationsbezogenen Verträgen nicht auf eine Erkrankung wie Rückenbeschwerden, sondern auf die Gesamtgesundheit.

Die Erfolge im Kinzigtal haben Ärzte in anderen Regionen aufhorchen lassen. Die mit dem Management in Kinzigtal beauftragte Gesellschaft Optimedis aus Hamburg verhandelt derzeit im Leinetal, in Wolfsburg, in der Saarpfalz und im Odenwald mit Krankenkassen über ein vergleichbares Modell. Auch im Herzogtum Lauenburg, östlich von Hamburg, interessieren sich Leistungserbringer für eine RIVV.

Therapeuten unverzichtbar

Gefragt sind zunächst die niedergelassenen Ärzte. Wenn sie sich für ein solches Modell entscheiden sollten, gründen sie gemeinsam mit Optimedis eine Managementgesellschaft, die dann die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen intensiviert. Die bisherige Resonanz großer Kassen ist positiv, wie Armin Meyer von Optimedis weiß: „Wenn die Verträge stehen, kommen wir aktiv auf Therapeuten zu. Die sind für ein solches Projekt unverzichtbar und sollen eingebunden werden“. *(di)*

Schlechte Noten für Versorgung von Rückenschmerzpatienten

Die Versorgung von Rückenschmerzen in Deutschland hat schlechte Noten bekommen. Dies belegt der gemeinsam von der DAK und dem Pharmaunternehmen Grünenthal GmbH in Berlin vorgestellte „Versorgungsatlas Schmerz“. Dabei könnten gezielte Therapien hohe Folgekosten verhindern.

„Es ist wichtig, bestimmte Schmerzpatienten rechtzeitig zu identifizieren“, betonte Professor Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK in einer Pressemitteilung. Durch den Einsatz geeigneter Therapieoptionen sei es möglich, einen schweren, meist chronischen Verlauf, der immer mit erhöhten Kosten verbunden sei, zu vermeiden. Schließlich machten, so die Studie, allein die die Rückenschmerzen je nach Typ etwa 20 bis 30 Prozent der mittleren Gesamtkosten aus.

Nur wenige Patienten erhalten Schmerztherapie

Etwa 85 Prozent aller Deutschen haben einmal im Leben Rückenprobleme, jeder Dritte davon einmal im Jahr. Die gemeinsame Studie habe nun gezeigt, dass Patienten mit Rückenschmerzen offenbar nicht optimal versorgt worden seien, hieß es weiter. Obwohl einem Großteil dieser Patienten im Jahr 2006 ein Schmerzmedikament verschrieben worden sei, hätten nur wenige eine ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie, eine schmerzinduzierte Psychotherapie oder Rehabilitation erhalten.

Das Projekt startete im Juli 2008 mit einer Pilotphase, in der das IGES Institut in Berlin auf der Basis von DAK Abrechnungsdaten gemeinsam mit Schmerzexperten erstmals hierarchische Schmerztypen definiert und ihre Versorgungssituation analysiert hat.

Drei Rückenschmerztypen

In der Hauptstudie unter der Leitung von Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik in Bremen, wurden aus über fünf Millionen DAK Versicherten Schmerzpatienten herausgefiltert. Es zeigte sich, dass Rückenschmerzen in drei Typen (Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen, andere spezifische Rückenschmerzen und unspezifische Rückenschmerzen) besonders häufig auftraten. Die Versorgungssituation dieser Patienten wurde anschließend detailliert untersucht und liefere einen differenzierten Blick auf die Kosten- und Therapiesituation von Schmerzpatienten.

Bei der wissenschaftlichen Studie handle es sich um eine Analyse über die Versorgungslage von Schmerzpatienten, um ein Zwischenergebnis, dem weitere Datenanalysen folgen müssten, betont Jörg Bodanowitz von der DAK. Der Vorteil der IGES-Studie: Die Identifizierung von Schmerzpatienten ermögliche eine effizientere Therapie, und „sie versetzt die Krankenkassen in die Lage, frühzeitig die Behandlung von Risikopatienten zu steuern“, meint Antja Freytag, Projektleiterin der Studie. *(ks)*

Fehlende Qualifikation von Therapeuten keine Bagatelle

Inhaber von Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen sollten ihre Verträge mit den Krankenkassen ernst nehmen: Zertifikatsbehandlungen ohne Zertifikat sind in Sachsen vom Verband der Ersatzkassen (vdek) als eine der Hauptquellen für Abrechnungsbetrug entlarvt worden. Das meldet der vdek Landesverband Sachsen jetzt in einer Pressemitteilung.

„Ein nicht vorhandenes oder gar gefälschtes Zertifikat stellt kein zu bagatellisierendes Vergehen dar. Wer therapeutisch arbeitet, muss auf seinem Fachgebiet solide ausgebildet sein. Ansonsten riskiert der Therapeut ernsten, irreparablen Schaden am Patienten“, so Silke Heinke, Leiterin des Ersatzkassenverbandes (vdek) in Sachsen bei der Bilanz der Tätigkeit des vdek-Arbeitsausschusses zur Bekämpfung der Abrechnungsmanipulation. Rund ein Drittel der 2009 aufgedeckten Fälle von Falschabrechnungen gehe auf eine fehlende Qualifikation der Leistungsanbieter zurück.

Der verbandsinterne Fachausschuss hatte im vergangenen Jahr insgesamt 71 Verdachtsmeldungen untersucht. In 12 Fällen konnte nach der Prüfung Entwarnung gegeben werden, für 42 Fälle bestätigte sich der Manipulationsverdacht. Bei den Übrigen dauern die Untersuchungen noch an. Silke Heinke betonte: „Die Aktivitäten des Arbeitsausschusses dienen auch der Chancengleichheit unter den Anbietern. Diese müssen für ihre Aus- und Weiterbildung oft hohe Summen an Geldmitteln aufbringen, um für ihre Patienten immer auf dem neuesten Stand der medizinischen und therapeutischen Erkenntnisse zu sein.“

Oftmals lasse sich die Grenze zwischen unwissentlicher und vorsätzlicher Manipulation nur schwer ziehen. Deshalb würden die vorgelegten Einzelfälle in dem gemeinsamen Gremium der Ersatzkassen intensiv geprüft. Generell gelte, dass der weitaus größte Teil der Angehörigen medizinischer Berufsgruppen überaus korrekt arbeitet. *(bu)*

Immer mehr Schulkinder brauchen heiltherapeutische Hilfe

Sprach- und Lerntherapien besonders gefragt

Fast jedes zweite Schulkind braucht heiltherapeutische Hilfe. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). Danach habe mehr als jedes vierte Kind zwischen sechs und 18 Jahren Sprachtherapie erhalten, fast jedes fünfte Ergotherapie und Krankengymnastik.

Für die Umfrage waren 1.000 Eltern schulpflichtiger Kinder befragt worden. Fast die Hälfte gab an, dass ihr Kind schon einmal therapeutische Unterstützung bekommen habe. Dabei seien Mädchen deutlich häufiger betroffen, nur knapp 40 Prozent der therapierten Kinder waren Jungen. „Dass mittlerweile fast jedes zweite Schulkind therapieerfahren ist und diese Tendenz sogar zunimmt, ist bemerkenswert. Es wirft die Frage auf, ob wir den Kindern in ihrem Alltag ausreichend Anreize und Raum geben, sich zu entwickeln“, sagte TK-Psychologe York Scheller in einer Pressemitteilung der Krankenkasse.

„Fernseh-Kinder“ häufiger betroffen

Bei der Umfrage zeigte sich, dass besonders Kinder, die täglich mehr als zwei Stunden fernsehen, häufiger eine Therapie machen. „Sprechen lernt man nicht vor dem Fernseher. Für die sprachliche – und natürlich auch motorische Entwicklung – ist es wichtig, dass die Kinder sich und ihre Umwelt im richtigen Leben wahrnehmen“, so der Psychologe. „Unsere Umfrage zeigt jedoch, dass gerade die Kinder, die heiltherapeutische Hilfe benötigen, seltener mit Freunden spielen als andere.“ In der TK-Umfrage hatten über zehn Prozent der Eltern angegeben, dass ihr Kind sich überhaupt nicht mit Freunden trifft. vWeitere 37 Prozent spielten maximal eine Stunde täglich mit anderen Kindern.

Sprechen lernt man nicht vor dem Fernseher.

Gerade aber das Spielen mit anderen fördere Neugier und Selbstständigkeit. „Die Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang und nur wenn sie die Chance haben, sich auszutoben, können sie auch am Vormittag die nötige Konzentration für die Schule aufbringen und haben nachts einen gesunden Schlaf.“

Eine andere mögliche Ursache für die stetig steigende Zahl der therapeutischen Betreuung von Kindern sehen viele Experten im zunehmenden Leistungsdruck in der Schule. Dieser beginne meist schon vor der Einschulung. Gerade im Vorschulalter steige die Anfrage nach Sprach- und Lerntherapien stark an, so die Experten. In einigen Bundesländern würden über 30 Prozent der Kinder als sprachauffällig eingestuft.

Laut Zahlen der TK werden Kinder im Südwesten Deutschlands am häufigsten behandelt. In Baden-Württemberg haben bereits 56 Prozent der Kinder eine Therapie hinter sich, in Bayern sind es 53 Prozent. Im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen hingegen erhalten 40 Prozent der Schüler eine Therapie. *(ks)*

Kostenlose Spezialisierungsberatung

Die Gewinner

Wir schenken Ihnen eine Spezialisierungsberatung! Mit diesem Aufruf in der November Ausgabe 2009 suchte up Praxen, die weg von der „Wir können-Alles"-Praxis hin zu der Spezialpraxis wollten. Die Resonanz war groß. Zahlreiche Praxisinhaber bewarben sich. up wählte zehn Praxen aus ganz Deutschland aus, die an einem Kick-off Seminar teilnehmen werden. Wir haben zuvor alle Teilnehmer über ihre Ideen, Vorstellungen und Wünsche zum Thema Spezialisierung befragt.

Krankengymnastik Vitalis – Birgit Baas-Gewand/Michael Gewand

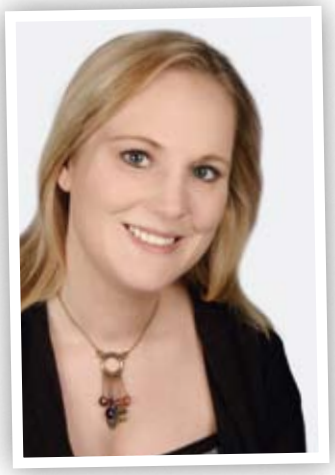
Größe der Praxis: 216 m²
Mitarbeiter: 8 Therapeuten, 2 Rezeptionskräfte
Leistungsspektrum: Alles
Spezialisierungswunsch: Schmerztherapie mit Myoreflextherapie

„Wir möchten nicht mehr alles machen müssen, sondern uns damit abheben, dass wir speziell Schmerzpatienten behandeln. Für uns ist das die Therapie, die in Zukunft immer mehr kommen wird. Hilfestellung bei der Umsetzung brauchen wir vor allem in Sachen Marketing".

Praxis für Ergotherapie – Bernhard Frederichs

Größe Praxis: 250 m²
Mitarbeiter: 3 Therapeuten
Leistungsspektrum: Alles
Spezialisierungswunsch: Orthopädie

„Bei uns kristallisiert sich heraus, dass wir keine typische Ergotherapiepraxis sind, die man bislang so kennt. Wir arbeiten primär orthopädisch. Mit dem Rehasport habe ich bei uns in der Region eine Marktlücke entdeckt. Die möchte ich gerne ausbauen und damit ein Alleinstellungsmerkmal erreichen".



Praxis für Sprachtherapie – Alexandra Kunze

Größe Praxis: ca. 200 m²
Mitarbeiter: 6 Therapeuten in zwei Praxen
Leistungsspektrum: Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie, Legasthenietherapie, auditives Wahrnehmungstraining für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Spezialisierungswunsch: Stimmtherapie

„Ich habe mich schon immer für den Bereich Stimme interessiert und bereits viele Fortbildungen gemacht. Außerdem habe ich festgestellt, dass der Bedarf nach Stimmtherapie immer mehr steigt. Oft ist es nicht bekannt, dass Sprachheilpädagogen oder Logopäden diese Therapie überhaupt anbieten. Das möchte ich ändern".

AGE – ArbeitsGemeinschaft Ergotherapie – Stefan Schmitt

Größe Praxis: 160 m²
Mitarbeiter: 11 Therapeuten, 3 Verwaltungskräfte
Leistungsspektrum: Handtherapie und Handrehabilitation
Spezialisierungswunsch: Handtherapie und Handrehabilitation

„Seit 1999 behandel ich ausschließlich Hände. Aber ich habe diese Spezialisierung mehr aus dem Bauch heraus gemacht. Jetzt will ich wissen, wie professionell ich das umgesetzt habe und was ich an meinem Konzept noch optimieren kann."

REHAlinksderODER – Katrin Knösel

Größe der Praxis: > 250 m²
Mitarbeiter: 6 Therapeuten, 2 Verwaltungskräfte
Leistungsspektrum: Orthopädie/Chirurgie
Spezialisierungswunsch: Rückenzentrum

„Ich finde es ist sehr hilfreich, wenn mal jemand anders einen Blick auf meine Praxis wirft. Davon erwarte ich mir vor allem Tipps, wie ich mich besser nach außen hin darstellen kann. Ich hoffe, dass ich mit einer Spezialsierung ganz anders von außen wahrgenommen werde, vor allem auch von den Ärzten."

Praxis für Ergotherapie – Verena Neumeyer

Größe Praxis: ca. 200 m²
Mitarbeiter: 2 Therapeuten
Leistungsspektrum: Pädiatrie mit Schwerpunkt Konzentrationsschwierigkeiten
Spezialisierungswunsch: Praxis am Münchner Flughafen mit dem Neurofeedback Konzept

„Ich möchte eine zweite Praxis am Münchener Flughafen für Selbstzahler und Privatpatienten mit Schwerpunkt Neurofeedback und Stressmanagement eröffnen. Dazu brauche ich noch ein paar Tipps und Tricks, wie man das Ganze angehen kann".

Physiotherapie AM ASPACHER TOR – Bojan Lukic

Größe der Praxis: 125 m²
Mitarbeiter: 7 Therapeuten
Leistungsspektrum: Alles
Spezialisierungswunsch: Rückenschmerzen mit Dorn Therapie

„Ich habe schon jetzt viele Rückenpatienten in meiner Praxis und mit der Dorn-Therapie auch viele Erfolge erzielt. Vor allem möchte ich die Selbstzahlerleistungen in diesem Bereich ausbauen. Die Spezialisierung möchte ich öffentlich machen, damit ich besser von den Patienten wahrgenommen werde."

Praxis für Ergotherapie – Björn Altegoer

Größe der Praxis: ca. 200 m²
Mitarbeiter: 2 Therapeuten
Leistungsspektrum: Alles mit Schwerpunkt Intensivtherapie, Wachkoma
Spezialisierungswunsch: Ausbau Intensivtherapie, Wachkoma

„Mir ist es wichtig, das Marketing zu meinem Schwerpunkt zu vertiefen und Fragen zu Planung, Gewinnsteigerung und Vermarktung beantwortet zu bekommen. Dabei möchte ich aber den allgemein ergotherapeutischen Bereich in meiner Praxis nicht wegen der Spezialisierung verlieren."

First-1 GmbH – Andrea Baumann

Größe der Praxis: ca. 400 m²
Mitarbeiter: insgesamt 13
Leistungsspektrum: Physiotherapie plus Medical Fitness
Spezialisierungswunsch: Schmerztherapie: MCE-Therapie

„In den letzten Jahren habe ich so viele Schmerzpatienten gehabt, denen ich immer nur kurzfristig helfen konnte. Ich habe dann eine Therapieform entdeckt, die auch kassenunabhängig funktioniert in Ergänzung zu den herkömmlichen Heilmitteln. Dieses Angebot möchte ich über die Stadtgrenzen hinaus bekannt machen."

PHYSIOMed Therapiezentrum – Andreas Hecker

Größe der Praxis: > 250 m²
Mitarbeiter: 13 Therapeuten, 3 Verwaltungskräfte
Leistungsspektrum: Chirurgie/Orthopädie
Spezialisierungswunsch: Chirurgie/Orthopädie

„Ich möchte rationaler und noch spezifischer in meinem Bereich arbeiten. Unser Ruf soll nach außen noch transparenter werden, so dass wir wirklich mit einer Aussage darüber auftreten können, was wir tun. Es geht bei der Spezialisierung auch um Kosten sparen, denn ich muss meine Mitarbeiter nur in einem Bereich intensiv ausbilden."

Interview mit Björn Schwarz

Wer kein Ziel hat, kommt auch nie irgendwo an!

Die Gewinner der Spezialisierungsberatung nehmen an einem Kick-off Seminar teil. Björn Schwarz, Geschäftsbereichsleiter Beratung und Seminare, berichtet Heidi Kohlwes, was diese dort erwarten wird.

Björn Schwarz ist Geschäftsbereichsleiter Beratung und Seminare bei buchner consulting.

? Herr Schwarz, was erwartet die Teilnehmer in dem eintägigen Kick-off Seminar?

Bei dem Kick-off Seminar werden die Grundlagen gelegt, um hinterher in unserer Begleitung die Spezialisierung umzusetzen. Das Kernthema wird die Zielfestlegung sein. Denn das ist etwas, was wir in unserer bisherigen Arbeit immer wieder feststellen: wer kein Ziel hat, kommt auch nie irgendwo an.

? Nun ist es nicht immer ganz herauszufinden, ob das eigene Ziel auch wirklich das ist, was man möchte und ob es überhaupt funktionieren kann. Wie kann man das überprüfen?

Man sollte sich sein Ziel immer bildlich vorstellen und dann ganz darin eintauchen. Beamen Sie sich in die Zukunft und schauen Sie mal: wie sieht es eigentlich in einem Jahr aus, wenn ich meine Spezialsierung erreicht habe? Außerdem wird dann noch erarbeitet: was kann ich besonders gut, was ist meine Zielgruppe und was sind die brennendsten Probleme meiner Zielgruppe. Dann schaut man, was man tun kann, um diese brennenden Probleme zu lösen. Es wird dann ziemlich schnell klar, ob diese Spezialsierung sinnvoll ist oder nicht.

? Häufig haben Therapeuten schon eine ganz konkrete Idee, wo es therapeutisch hingehen soll. Es hapert allerdings am Marketing, damit eben nicht nur der Praxisinhaber und seine Therapeuten von der Spezialisierung wissen...

Manchmal sieht man den Wald vor lauter Bäumen nicht. Ein professioneller Berater kann durch Fragen und Aufzeigen von Wegen unterstützen, so dass man Klarheit bekommt und Fehler vermeidet. Der häufigste Fehler ist Aktionismus, also anfangen und als erst mal einen Flyer erstellen, obwohl noch gar nicht klar ist, wo man eigentlich hin will.

? Und wenn man noch überhaupt keine Idee hat, was genau man machen möchte aber trotzdem irgendetwas verändern will?

Das ist eigentlich das Allerschönste. Dann kann der Berater gemeinsam mit dem Kunden herausfinden, was er wirklich kann und was seine Lieblingszielgruppe ist. Das kriegt man tatsächlich bei jedem raus, auch wenn am Anfang noch keine Idee da war.

Eine Impulsberatung von buchner consulting kostet: 225 Euro inkl. Fahrtkosten. Dauer: 2,5 Stunden. Kontakt: Jasmin Warkowski: 04307 811 9800

Weiterbildungscurriculum zum Burnout-Syndrom

Integrale Heilkunst heißt das Zauberwort – ein neues Konzept, das die Oberbergkliniken zur Behandlung von Menschen mit einem Burnout-Syndrom entwickelt haben: Im Zentrum der Therapie steht die Aktivierung der Selbstheilkräfte. Auch Physiotherapeuten leiden zunehmend unter dem Druck des Praxisalltags. In einem Weiterbildungsangebot ab Herbst soll dem Burnout nicht nur vorgebeugt werden, es kann auch Anreize für die Erarbeitung eigener Kurse zur Stressbewältigung schaffen.

Das Burnout-Syndrom galt lange Zeit als typisches Leiden von Managern. Mittlerweile sind aber auch andere Berufsgruppen betroffen. Schätzungen zufolge leiden etwa 60 Prozent des medizinischen Pflegepersonals und 30 Prozent aller Ärzte in Deutschland unter einem Burnout-Syndrom, etwa fünf Prozent müssen sogar stationär behandelt werden, meint Professor Götz Mundle, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztlicher Direktor der Oberbergkliniken.

Auch Therapeuten können ausbrennen

Grundproblem beim Burnout sei es, dass es den Menschen nicht gelinge, rechtzeitig Pausen einzulegen und die eigenen Grenzen anzuerkennen. „Es gibt Therapeuten“, so Mundle, „die sehr gute Arbeit leisten, aber den Bezug zu sich selbst verloren haben.“ Immer mehr Menschen gerieten in eine Stressspirale, die sich immer weiter drehe, und schließlich zu einem Burnout, zu einem deutlichen Leistungsabfall, führe. Symptome dieser Erkrankung seien unter anderem innere Leere, Antriebslosigkeit, chronische Müdigkeit, Depression und erhöhte Suchtgefahr.

Schon seit 1988 werden in den privaten Oberbergkliniken Menschen mit einem Burnout-Syndrom erfolgreich behandelt. Der Gründer, Professor Matthias Gottschaldt, litt selbst unter dieser Erkrankung und einer daraus resultierenden Alkoholabhängigkeit. Nach mehreren stationären Therapieversuchen entwickelte er ein „neues, schulübergreifendes Konzept, das auf die Bedürfnisse leistungsorientierter, häufig selbständig arbeitender Personen zugeschnitten ist“, heißt es auf der Homepage. Eine exzellente Methodenkenntnis reiche nach Mundles Überzeugung für eine nachhaltige Gesundung nicht aus. Notwendig sei ein integrales Verständnis von Behandlung und Heilung. Moderne Psychotherapie müsse alle Heilungspotentiale aktivieren. Inzwischen existieren drei Kliniken, in denen mit Hilfe einer individuellen und intensiven Therapie die schnelle Rückkehr ins Berufsleben ermöglicht werden soll.

Im April letzten Jahres wurde die Oberberg Akademie gegründet, um Menschen darin zu schulen, die Anfänge eines Burnouts rechtzeitig zu erkennen und die eigenen Kompetenzen souveräner einzusetzen. Ab Herbst 2010 soll nun ein postgraduales Weiterbildungscurriculum über die Dauer von 18 Monaten mit acht Modulen (sieben Wochenendmodulen, eine Intensivwoche) angeboten werden. „Es richtet sich an Ärzte, Therapeuten und medizinisches Fachpersonal“, meint Mundle. „Unser Ziel ist es, dass die Teilnehmer gefestigter und lebendiger in ihren Berufsalltag zurückkehren.“

Die Kosten für das Curriculum betragen 3.500 Euro. Für die Teilnahme am Curriculum werden Fortbildungspunkte anerkannt. Geplant sei es, so Mundle, das Weiterbildungscurriculum als Master-Studiengang anerkennen zu lassen. *(ks)*

Kontakt:
Oberberg Akademie
Charlottenstraße 60
(Gendarmenmarkt)
10117 Berlin
Tel.: 030-280972-74
veranstaltungen@oberberg-akademie.de

i Module

Ouvertüre mit Herz und Verstand
Einführung in das Curriculum: Grundlagen der integralen Heilkunst; Achtsamkeit und Stress; Bewusstseinsphilosophie und theoretische Aspekte; Aufbau einer persönlichen Übungspraxis

Evidenzbasierung von Achtsamkeit und Meditation
in Kooperation mit dem Interdisziplinären Kongress „Meditation und Wissenschaft“, Wissenschaftliche Aspekte von Meditation, Gesundheit und Heilung

Intensivwoche Benediktushof
Übungspraxis MBSR, Yoga, Zen; Austausch über persönliche Erfahrungen; Möglich- und Schwierigkeiten der persönlichen Übungspraxis

Innenräume: Emotionen
Emotionen wahrnehmen; Emotionen entwirren; Emotionen sinnvoll erleben und leben

Widerstand und Schatten
Was ist Widerstand und Schatten; Widerstand und Schatten erkennen und wahrnehmen; Widerstand und Schatten als Schritte zur Heilung begrüßen

Stress und Heilung: Körper
Biologie des Stresses; Stressregulation, Glück und Neurobiologie; Genuss als Lebenskunst

Integrale Heilkunst
Entwicklungsdimensionen von Krankheit und Heilung; Beziehung und Kommunikation; Intuition und Intention; Gesamtschau Integrale Heilkunst

Abschluss: Zurück ins Leben in gesellschaftlicher Verantwortung
Rückblick und Ausblick: Persönliche Alltagspraxis; Integrale Heilkunst in der beruflichen Praxis; Integrale Verantwortung in der Gesellschaft

Modellprojekt macht Schule

Neue Therapiekonzepte für Demenzkranke

Die Zahl der Demenzpatienten steigt – auch Therapeuten müssen sich darauf einstellen. Erfahrungen in spezialisierten Einrichtungen zeigen, dass der von vielen als schwierig empfundene Umgang mit dieser Patientengruppe manchmal durch eine gezielte Zuwendung deutlich erleichtert werden kann.

Dementen Bewohnern individuell begegnen: Cilly Borgers aus dem Haus Schwansen.

Zum Tanztee säuselt Schlagermusik der 50er Jahre aus den Lautsprechern. Eierlikör und Pralinen werden auf einem kleinen Silbertablett serviert. Wenn die Bewohner im Haus Schwansen wie jeden Mittwoch diese Atmosphäre spüren, weckt das Erinnerungen an frühere Zeiten bei ihnen. Sie werden zugänglicher, kommunikativer, drücken Gefühle aus und entspannen sich. Der wöchentliche Tanztee ist ein fester Termin in dem auf demente Bewohner spezialisierten Haus Schwansen im schleswig-holsteinischen Rieseby. Das 1993 gegründete Heim, inzwischen in Trägerschaft des regionalen Vereins Brücke Rendsburg-Eckernförde, ist eine der bekanntesten Einrichtungen für die Betreuung von Demenzkranken in Deutschland.

Auf die Biographie eingehen

Ortswechsel: Eine Bank in einem Buswartehäuschen, ein gelb-grünes Zeichen der regionalen Verkehrsbetriebe weist den Platz als Haltestelle aus. Eine alte Dame sitzt auf der Bank und wartet. Irgendwann holt eine Krankenschwester sie ab und bringt sie zurück in ihr Zimmer. Die Bushaltestelle steht auf einer Musterstation des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster. Weil es immer wieder vorkommt, dass demente Patienten aus Kliniken verschwinden und an der nächsten Bushaltestelle warten, hat die Spezialstation „Ü76“ einfach eine Bank im Stationsflur eingerichtet.

Die beiden Beispiele zeigen, dass immer mehr Gesundheitseinrichtungen sich gezielt auf demente Patienten einrichten. „Wir wollen den Bewohnern individuell begegnen“, beschreibt Seminarleiterin Cilly Borgers ein Ziel des Hauses Schwansen. Dazu gehört auch, dass auf die Biografien der Patienten eingegangen und ihr Verhalten so wenig wie möglich reglementiert und verboten wird. Eine demente alte Dame, die früher als Oberschwester gearbeitet hat, darf sich im Dienstzimmer der Einrichtung aufhalten, weil dies ihre Erinnerung fördert. Anderes Beispiel: Ein ehemaliger Unternehmer bemerkte, dass eine Mitarbeiterin des Heimes Unterlagen für die Pflegedokumentation abzeichnete. Er erhob vehement Einspruch mit den Worten: „Für Unterschriften bin immer noch ich zuständig.“ Seitdem bekommt der ältere Herr stets Papier zum Abzeichnen.

Ergotherapie wichtiger Bestandteil der Therapie

In beiden Beispielen fühlten sich die Betroffenen wohl, weil auf sie eingegangen wurde, statt ihnen Verbote aufzuerlegen. Vertrauen, Wertschätzung und Partizipation der Bewohner sind grundlegende Werte im Haus. Verschiedene Therapiekonzepte werden je nach Patient verfolgt. Die Musiktherapie zählt genauso dazu Ergotherapie, aber auch rituelle Handlungen wie das Versammeln der Gemeinschaft um ein Sterbebett oder symbolische Objekte wie die drei Tag lang brennende Kerze nach dem Tod eines Bewohners sind fester Bestandteil des Lebens im Haus Schwansen.

Dass die hier verfolgten Konzepte erfolgreich sind, haben inzwischen Studien bestätigt. Ob sich ein in dieser Umgebung stimmiges Konzept problemlos auf andere Einrichtungen übertragen lässt, sollte im bundesweiten Leuchtturmprojekt Demenz geklärt werden. Insgesamt 29 Einrichtungen nahmen bundesweit daran teil. Aus dem Haus Schwansen leiteten dazu Mitarbeiter ihre Kollegen in zwei anderen Heimen an. Das Ergebnis zeigt, dass eine bloße Kopie offenbar wenig Aussicht auf Erfolg hat. Nach einer zweijährigen Modellphase zogen die Beteiligten nun das Fazit: „Die Mitarbeiter der Heime haben deutlich gemacht, dass sie ihren eigenen Weg zum Herangehen an die Bewohner finden wollen, die Transferaktivitäten durch das Modellheim dabei aber überaus hilfreich waren.“

Veränderungen brauchen Zeit

Zwölf Prozent der von einer wissenschaftlichen Begleitung befragten Mitarbeiter in den angeleiteten Heimen wollten das Konzept am liebsten ganz übernehmen, 70 Prozent Teile des Konzeptes. 18 Prozent halten das Konzept für ein Beispiel, an dem ein eigenes entwickelt werden sollte. Die Mitarbeiter machten aber auch deutlich, dass solche Veränderungen nicht von heute auf morgen zu schaffen sind. Sie forderten Raum und Zeit, um das Erlernte üben und im Alltag anwenden zu können. Wichtig sind ihnen auch die regelmäßige Information und der Austausch mit Kollegen über solche Veränderungen. Ihr Fazit aber fiel unter dem Strich positiv aus – die eingeschlagenen Veränderungen haben nach ihrer Überzeugung nicht nur ihnen selbst, sondern auch den Bewohnern der beiden Heime viel gebracht. *(di)*

8 Serie Gehalt optimieren

Bußgelder von Mitarbeitern übernehmen

Strafzettel, die Mitarbeiter zum Beispiel während eines Hausbesuchs durch falsches Parken bekommen haben, dürfen vom Arbeitgeber bezahlt werden. Die Kosten sind von Lohnsteuer und Sozialversicherungspflicht befreit, wenn die Übernahme des Verwarnungsgeldes aus überwiegend eigenbetrieblichem Interesse erfolgt.

Solches Interesse liegt z.B. dann vor, wenn die Mitarbeiter gehalten sind, die Hausbesuche pünktlich durchzuführen und im Zweifel auch im Halteverbot parken (ähnlich wie bei Paketzustelldiensten) oder es billiger ist, einen Strafzettel zu riskieren, als einen (teureren) Parkschein zu kaufen. *(bu)*

i Konkreter Nutzen

Sie übernehmen die Strafzettel in Höhe von 20 Euro im Monat, die lohnsteuer- und sozialabgabenfrei sind. Das bedeutet Kosten in Höhe von 20 Euro.

40 Euro müssten Sie brutto mehr an Ihre Mitarbeiter zahlen, damit nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge des Mitarbeiters die 20 Euro im Monat Netto zur Verfügung stehen. 40 Euro mehr Bruttogehalt schlagen für Sie als Arbeitgeber mit Gesamtkosten Höhe von rund 49,20 Euro zu Buche.

Die Ersparnis beträgt in diesem Fall 49,20 – 20,00 = 29,20 Euro im Monat. Umgerechnet auf ein Jahr beträgt die Ersparnis rund 350,40 Euro!

Die Artikel 1 bis 7 der Serie finden Sie im Internet.

9 Serie Gehalt optimieren

Internetpauschale statt Gehaltserhöhung

Arbeitgeber können an Arbeitnehmer Barzuschüsse zur Internetnutzung zahlen. Das gilt unabhängig davon, wie der Internetanschluss genutzt wird (privat und/oder beruflich). Dieser Barzuschuss wird pauschal mit 25% versteuert und ist damit dann auch von der Sozialversicherungspflicht befreit. Voraussetzung für den Zuschuss ist lediglich, dass der Arbeitnehmer auch wirklich entsprechende Kosten für die Internetnutzung hat.

Die Kosten für die Internetnutzung umfassen die Grundgebühr, Verbindungskosten, evtl. Flatrate, Kosten für Hardware, wie Modem, Router oder Computer. Falls der Zuschuss 50 Euro monatlich nicht übersteigt, sind die Anforderungen an den Nachweis der Kosten, die dem Arbeitnehmer entstehen gering: Eine schriftliche Erklärung des Arbeitnehmers, dass entsprechende Kosten entstehen, reicht vollkommen aus. Hat der Arbeitnehmer eine falsche Erklärung abgegeben, droht dem Arbeitgeber keine Haftung.

Wichtig: Die Pauschalierung mit 25 % setzt in jedem Fall voraus, dass die Barzuschüsse des Arbeitgebers zusätzlich zum Arbeitslohn gewährt werden. Eine Gehaltsumwandlung (Zahlung der Internetpauschale gegen Kürzung des Bruttogehalts) ist nicht zulässig.

Wenn dem Arbeitnehmer mehr als 50 Euro im Monat erstattet werden sollen, müssen die entstandenen Aufwendungen im Detail nachgewiesen werden.

i Konkreter Nutzen

Angenommen, Sie zahlen einem Mitarbeiter eine monatliche Internetpauschale in Höhe von 50 Euro. Diese Pauschale müssen Sie mit 25 % pauschal versteuern. Es entstehen also Gesamtkosten in Höhe von 50 + 12,50 = 62,50 Euro.

Ohne Internetpauschale müssten Sie das Bruttogehalt des Mitarbeiters um rund 100 Euro erhöhen, damit nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge des Mitarbeiters die 50 Euro im Monat netto zur Verfügung stünden. 100 Euro mehr Bruttogehalt schlagen für Sie als Arbeitgeber mit Gesamtkosten Höhe von rund 123 Euro zu Buche.

Der Unterschied zwischen der Internetpauschale und einer regulären Gehaltserhöhung betragen demnach 123,00 – 62,50 = 60,50 Euro. Umgerechnet auf ein Jahr beträgt die Ersparnis rund 726 Euro!

Hinweis: Diese Information ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Trotzdem sollten Sie konkrete steuerliche Fragen immer nach Rücksprache mit Ihrem Steuerberater entscheiden und umsetzen, da nur dieser alle individuellen Faktoren kennt und berücksichtigen kann. *(bu)*

Marketingplan mit Geling-Garantie

Der Ball ist rund und guter Schlaf nicht selbstverständlich

Marketingaktivitäten für den Juni müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Für Therapeuten, die sich auf Kinder spezialisiert haben, bieten sich viele Marketingaktionen rund um den Kindersicherheitstag. Alle anderen bereiten sich auf die Fußball-Weltmeisterschaft vor. Alle Termine sind im Marketingplan verzeichnet. Wer neben unseren Anregungen eigene Ideen entwickeln möchte, kann das ganz leicht mit Hilfe der Planungs- und Kommunikationsstrategien auf der Rückseite des Plans tun.

10. Juni: Kindersicherheitstag (BAG Kindersicherheit e.V.)

In diesem Jahr feiert der Kindersicherheitstag sein 10. Jubiläum. Das Motto Jahr lautet „Laufen. Springen. Klettern. Sicher geht das!“ Für alle Praxen, die mit Kindern zu tun haben, bietet der Kindersicherheitstag eine gute Möglichkeit, Marketingaktivitäten zu initiieren. Am 10. Juni soll es in Berlin eine Pressekonferenz geben, mit der die Aktion einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt wird. Wer zeitgleich eine Pressemitteilung zum Beispiel zusammen mit einem kooperierenden Kindergarten herausgibt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit mit einem Bericht belohnt.

Der Kindersicherheitstag bietet sich perfekt an, um die Kooperation mit Kindergärten zu pflegen und zu verbessern. Denn es gibt eine Gewinnaktion für Kindertageseinrichtungen. Alle, die eine Aktion zur Sturzprävention in der Kindertagesstätte durchführen, können daran teilnehmen. Start für den Wettbewerb ist der 10. Juni. Hier können besonders Ergo- und Physiotherapeuten mit Schwerpunkt Kindertherapie ansetzen. Zum einen fragen Sie bei Ihren Kindergärten an, ob bekannt ist, dass ein solcher Wettbewerb stattfindet. Zum anderen bieten Sie gleich eine komplette Aktion zum Thema Sturzprävention an. Das kann ein einmaliger Vortrag auf einem Elternabend zum Thema sein. Oder Sie veranstalten einen „Richtig- Stürzen-Vormittag“ mit den Kindern. Ein Kurs, der über mehrere Termine geht, ist natürlich die beste Methode eine gute Verbindung zu Kindern, Eltern und Kindergarten herzustellen. Der BAG Kindersicherheit e.V. stellt auf seiner Internetseite www.kindersicherheit.de ein Aktionspaket zur Verfügung, das unter anderem einen Leitfaden zur Durchführung von Projekten und einen Spielkatalog „Sturzunfälle vermeiden“ enthält.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Benutzen Sie keine WM-Logos oder ähnliche Markenzeichen der FIFA. Sie riskieren unter Umständen empfindliche Strafzahlungen.

11. Juni bis 11. Juli: Fußball-Weltmeisterschaft (FIFA)

Die Fußball-Weltmeisterschaft kommt und bietet Therapeuten gerade im Vorfeld reichliche Möglichkeiten zu zeigen, dass Lebensqualität durch tolle Therapie zu erreichen ist. Was ein Therapeut für die Lebensqualität eines Fußballfans machen kann?

Logopäden bieten einen Fan-Kurs zum besseren Anfeuern an: An einem oder zwei Terminen lernen die wahren Fußball-Fans, wie man seine Mannschaft so anfeuert, dass man nicht sofort heiser wird. Physio- und Ergotherapeuten nehmen eine klassischen Rückenschulkurs und ändern den Inhalt, schon gibt es den „Fit für die WM“ – Kurs. Bierbänke rückengerecht aufbauen, Bierkästen in den dritten Stock schleppen, schwere Fernseher umstellen oder die Couch verrücken, ohne sich einen Bandscheibenvorfall einzuhandeln. Das könnten mögliche Inhalte Ihres neuen Kurses sein. Bestimmt finden Sie einen lokalen Medienpartner, zum Beispiel ein Anzeigenblatt, eine Tageszeitung oder einen Radiosender, die Interesse an Ihrem einzigartigen Kurskonzept haben.

Ziel solcher Veranstaltungen ist es nicht, Teilnehmer zu bekommen, sondern durch gute Pressearbeit dafür zu sorgen, dass Therapeuten als Fachleute wahrgenommen werden, die konkrete (Problem-) Situationen des täglichen Lebens nachhaltig verbessern können. Je ungewöhnlicher Ihr Kurskonzept ist, desto wahrscheinlicher wird man darüber berichten.

21. Juni: Tag des Schlafes (Tag des Schlafes e.V.)

Mehr als 8 Stunden täglich schläft jeder Mensch durchschnittlich, wenn es ihm gut geht und er auch schlafen kann. Klappt es nicht, können Therapeuten wirkungsvolle Hilfe leisten. Da kommt der Tag des Schlafes wie gerufen. Entspannungsübungen, richtiges Liegen (ohne Schmerzen) und praktische Lagerungshilfen sind Bereiche, in denen Ergo- und Physiotherapeuten die Fachleute sind. Was liegt also näher, als zusammen mit einem Betten- oder Möbelhaus vor Ort den Tag des Schlafes zu nutzen? Vorteil der Kooperation mit Betten- oder Möbelhaus: Sie kommen raus aus der Praxis, hin zu potentiellen Patienten. Dem „Auftritt“ im Möbelhaus könnte ein „Guter Schlaf – Gute Nacht!“ – Kursangebot als niederschwelliges Angebot folgen. So einen Kurs kann man inhaltlich sogar so gestalten, dass er GKV-zuschußfähig wird.

Deutschlandweit haben sich zahlreiche Bettenfachgeschäfte zu „Kompetenz-Zentren Gesunder Schlaf“ zertifizieren lassen. Ziel der Initiative ist es, Personen mit Schlafproblemen wohnortnahe, individuelle und qualifizierte Unterstützung anzubieten - und zwar direkt vor Ort durch regionale Partner. „Schlafschulen“ heißt eines der angedachten Konzepte und Ergo- und Physiotherapeuten werden ausdrücklich als gesuchte Partner genannt. Auf der Internetseite www.kompetenz-zentrum-gesunder-schlaf.de finden Sie mögliche Ansprechpartner. *(bu)*

Werbe-Ideen für die Praxis

Blick-Fänger Einkaufswagen?

Tatort Supermarkt: Bis zu 2.000 Kunden schieben täglich ihren Einkaufswagen durch einen normalen deutschen Lebensmittelmarkt. An sechs Tagen pro Woche von morgens 8 bis abends 20 Uhr. Etwa 21 Minuten dauert im Schnitt ein Einkauf, so zeigten Tests. Während dieser Zeit können auch Heilmittelerbringer in das Visier der Einkäufer geraten: mit CartBoard Werbung auf dem Einkaufswagen.

„CartBoards“ heißen die „Blick-Fänger“ am Einkaufswagen – immer im Blickfeld des Kunden und dadurch werbewirksam: Seit 25 Jahren bietet die andré media group diesen Klassiker der Supermarktwerbung an. Der Vorteil liege auf der Hand, weiß Marketing-Chef Reif zu berichten. Die meisten Besucher lebten oder arbeiteten in der Nähe der Supermärkte. Daher seien gerade diese Werbeträger höchst interessant für Unternehmen im Umfeld der Märkte, auch für kleinere Praxen. „Physiotherapeuten, die nur in einem kleinen Lidl-Markt werben, zahlen etwa 100 Euro pro Monat.“

Von Therapeuten getestet

Nicht viel, aber immer noch zu viel, wenn die „Effektivität in den Sternen steht“, meint Physiotherapeut Hans Steins aus Sundern. Drei Jahre lang warb er auf zehn Einkaufswagen bei Marktkauf, doch die Resonanz war bescheiden. Die Nachfrage bei seinen Patienten ergab: 95 Prozent kamen durch Mund-zu-Mund-Propaganda in seine Praxis im Sauerland, die er seit 1987 betreibt. Steins beendete seine CartBoards-Aktion und wirbt stattdessen mit zwei Riesenplakaten an der Außenwand seines Praxisgebäudes, das in der Fußgängerzone liegt. Sein Fazit: „Das ist längerfristige Werbung und auf jeden Fall kostengünstiger.“

Auch Physiotherapeutin Claudia Penner aus Olching kann die Werbung auf „CartBoards“ nicht empfehlen. Sie warb auf 15 Einkaufswagen im benachbarten Supermarkt – ursprünglich lief der Vertrag zwei Jahre, allerdings unterschrieb sie unwissentlich eine Verlängerung um weitere zwei Jahre. „Der Firmenvertreter hat mich einfach überrumpelt“, meint sie rückblickend, „aber jeder muss Lehrgeld zahlen.“ Sie habe durch diese Werbe-Aktion keinen einzigen neuen Patienten bekommen, so die Physiotherapeutin, die ihre Praxis 1994 in Oberbayern eröffnete. Sie schwört auf „klassische Werbung“: „Für mich sind Gelbe Seiten und Mund-zu-Mund-Propaganda das A & O.“

Unterschiedliche Erfahrungen

Nur bedingt empfehlenswert, lautet das Fazit des Physiotherapeuten Hubertus Laber aus Kiel-Wellsee, der ein Jahr lang im benachbarten Verbrauchermarkt in Meimersdorf warb. „Ich habe nicht jeden angesprochen, wie er auf mich aufmerksam wurde“, sagt er heute. Aber für ihn steht fest: Direktpostsendungen seien am wirksamsten. Die CartBoards eigneten sich nicht für die allgemeine Praxiswerbung, „ich kann mir aber vorstellen, dass zeitlich befristete Aktionen mit Sonderangeboten sinnvoll sein können“.

Praxisinhaber können auf dem Einkaufwagen werben.

Für den Praxisstart sei diese Werbehilfe gut, meint Krankengymnastin Christiane Zahn. Zehn Jahre fuhr ihre rollende Werbung, die ersten vier Jahre in drei Supermärkten, die letzten in einem. „Ich hatte viel positives Feedback“, so die Regensburgerin, die seit 1998 ihre Praxis am Jakobstor betreibt. Sie habe jetzt damit aufgehört, „zum einen wegen der doch recht hohen Kosten, zum anderen will ich mal ausprobieren, wie die Praxis auch ohne Werbung läuft“.

Die andré media group bietet die „CartBoards“ Werbung zu einem monatlichen Komplettpreis an. Für 129 Euro pro Monat erhält der Kunde zehn rollende Werbeträger – bei einer Mindestlaufzeit von einem Jahr. Darin enthalten ist die Gestaltung durch ein Grafiker-Team, zwei unterschiedliche Layouts für die Innen- und Außenseite, die Anbringung an den Einkaufswagen und eine sechswöchige Kontrolle. Beschädigte „CartBoards“ werden ersetzt. Ein Motivwechsel im Jahr ist inklusive.

Kontakt: andré media AG
Lichtenfelser Straße 10
93057 Regensburg
Tel.: 0941 – 69530 – 0
E-Mail: info@andre-media.de
www.andre-media.de

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Alle Videos finden Sie 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.

Abkürzungen sind im Therapiealltag nicht wegzudenken.

MfG oder AKG?

Es ist nicht immer ganz einfach, sich im Dschungel der Gesetze und Institutionen zurecht zu finden. BMG, GKV, KBV... die vielen Abkürzungen machen das Wirrwarr auch nicht gerade leichter durchschaubar. Allerdings sollten sich gerade Therapeuten mit den Kurzbezeichnungen gar nicht so schwer tun, denn schon in der Ausbildung verständigt man sich in Therapeutensprache mit Abkürzungen. Wie viele Abkürzungen Therapeuten in ihrem Wortschatz so mit sich tragen, haben drei junge Physiotherapieschüler musikalisch dargestellt und das Lied „MfG" von den Fantastischen Vier auf amüsante Weise auf das Berufsfeld adaptiert. Übrigens, dieses Video ist eines der allerersten aus der Reihe „Video der Woche". *(ko)*

Therapeuten mit Ideen gesucht

Fördergelder für Ideenwettbewerb Gesundheitswirtschaft aufgestockt

Mecklenburg-Vorpommern will den Gesundheitstourismus im Land fördern. Das Wirtschaftsministerium in Schwerin werde die Mittel für den „Ideenwettbewerb Gesundheitswirtschaft" um ein Drittel aufstocken, meldet die Website „Krankenkassen.de". Bis zum 20. April 2010 können neue Geschäftskonzepte beim BioCon Valley Projektbüro Gesundheitswirtschaft in Rostock eingereicht werden.

Service: Die Ausschreibungsunterlagen zum Ideenwettbewerb 2010 können auf www.wm.mv-regierung.de heruntergeladen werden.

Unter dem Motto „Innovationen im Gesundheitstourismus" wird der Ideenwettbewerb bereits zum dritten Mal ausgetragen. In diesem Jahr wurden die Projektgelder aus dem Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) von 600.000 auf 800.000 Euro erhöht. Prämiert werden Geschäftsideen, die sich im gesundheitsorientierten Tourismussektor erfolgreich umsetzen lassen. Neue Angebote, die Tourismus und Gesundheit besser verzahnen, sind auch Thema der 6. Nationalen Branchenkonferenz 2010 „Gesundheitswirtschaft: Krisensicher durch Qualität und zukunftssicher durch Innovation" am 2. und 3. Juni in Warnemünde.

Bewerben können sich Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, die ein gemeinschaftliches Netzwerk bilden, bestehende und neu gegründete Netzwerke von kleinen und mittleren Unternehmen (Zusammenschlüsse oder Vereinigungen von mindestens fünf Partnern) sowie gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Einrichtungen. Die Jury besteht aus Vertretern der Staatskanzlei, des Ministeriums für Soziales und Gesundheit, des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus und der BioCon Valley GmbH sowie der Industrie- und Handelskammer.

Der Gesundheitstourismus gewinne zunehmend an Bedeutung, hieß es aus dem Ministerium. Nach einer Analyse der Forschungsgemeinschaft „Urlaub und Reisen" komme in den nächsten drei Jahren für mehr als 12 Millionen Deutsche ein Gesundheitsurlaub in Frage. *(ks)*

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), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Christian Beneker (ben)

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Nerlich Images (1), Swifter (12), MIR (15), garteneidechse (21); S. Kaminski/Buendnis 90 (7), optimedis (14), di (20), andre media group (23)