10.2010

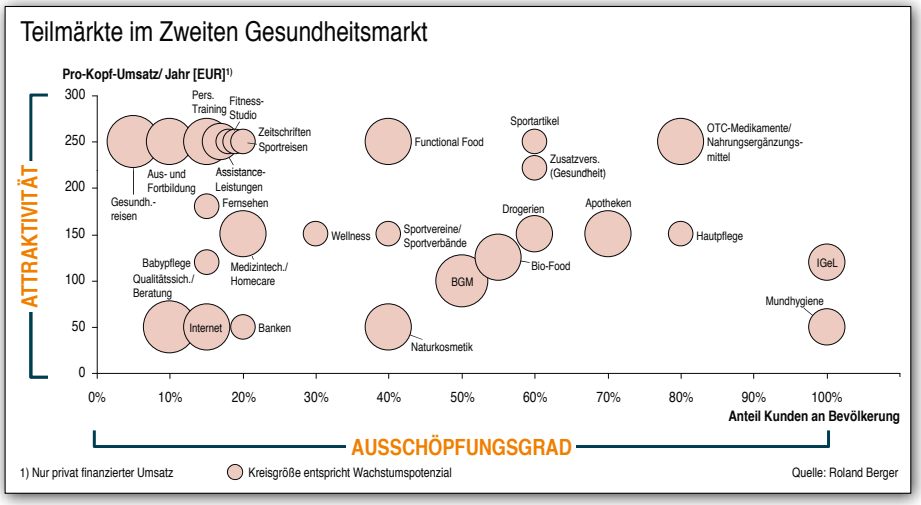
unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Selbstzahlermarkt boomt

2 Mrd. Euro zusätzlicher Umsatz für die Heimittelbranche möglich

Jeder fünfte Euro wird bislang im Gesundheitswesen von Selbstzahlern ausgegeben. Tendenz steigend. Für die Heilmittelbranche tut sich hier ein erheblicher Umsatzmarkt auf. Die Voraussetzung dafür ist allerdings die genaue Kenntnis der Zielgruppe und eine kundengerechte Ansprache.



67 Milliarden Euro geben die Deutschen im Schnitt jedes Jahr für ihre Gesundheit aus. Tendenz steigend. Das geht aus einer Studie der Unternehmensberatung Roland Berger hervor, die auf dem „Branchenforum Gesundheitswirtschaft“ im schleswig-holsteinischen Henstedt-Ulzburg vorgestellt wurde. Immer mehr Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit selbst zu zahlen. Die größten Wachstumschancen liegen in den Bereichen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsreisen, Aus- und Fortbildungen und assistierenden Leistungen. Macht man ein Rechenbeispiel auf und geht davon aus, dass Heilmittelerbringer ca. drei Prozent des Selbstzahlermarktes für Therapie und Wellness belegen, dann würde das einen zusätzlichen Umsatz von zwei Milliarden Euro jährlich für die Heilmittelbranche bedeuten. Zum Vergleich: Der Umsatz mit den gesetzlichen Krankenkassen beträgt im Jahr rund 4 Milliarden Euro.

Wie aber schafft man es, den Kunden im zweiten Gesundheitsmarkt anzusprechen? Der Hamburger Marketing-Professor Thorsten Teichert empfiehlt: „Wir müssen versuchen, den Gesundheitsmarkt vom Konsumenten her zu verstehen.“ Nach seiner Beobachtung denken zu viele Anbieter im Markt noch produktbezogen, statt die Bedürfnisse der Kunden in den Mittelpunkt zu stellen. Damit die Kundenansprache gelingt, müssen diese zunächst charakterisiert sein. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten der Kategorisierung, fand die Unternehmensberatung heraus:

Die selbstkritisch Interessierten (14 Prozent aller Menschen) kümmern sich um ihre Gesundheit und geben viel dafür aus – nämlich rund 1.600 Euro im Jahr. Bei einem entsprechenden Angebot wären sie auch noch zu höheren Ausgaben bereit. Insbesondere Menschen unter 35 Jahren mit hohem Einkommen zählen zu dieser Gruppe. Sie nutzen Wellness, gehen zum Heilpraktiker >>>

Aktuell

GKV-Finanzen im 1. Halbjahr 2010
Heilmittelausgaben-Zuwachs wird schwächer 8

Bundesversicherungsamt (BVA) kritisiert Ausgabenpraxis
Krankenkassen sind keine Teppichhändler 9

Endlich Richtgrößen 2010
Prüfungsfrei für Ärzte in Niedersachsen 11

Konzepte

Kasseler Stottertherapie und BARMER GEK setzen Zusammenarbeit fort
Logopäden als Kooperationspartner gesucht 16

Nachgefragt
Interview mit Dr. Alexander Wolff von Gudenberg 16

Marketingaktion
Kunden gewinnen durch lokale Interessengemeinschaft 18

Tipps

Schnell und günstig
Kredite für Therapeuten 19

Unterwasserlaufband für die Praxis
Wasser marsch, Laufband los 20

Marketingplan mit Geling-Garantie
Ein Jahr voller Ideen neigt sich dem Ende 22

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

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

DAK bezuschusst Osteopathie

Chance vertan – Osteopathie nur für Ärzte

„DAK bezuschusst Osteopathie für Säuglinge“ titelte die DAK in einer Pressemitteilung. Na endlich, das wurde ja auch Zeit, hüpfte da das Therapeutenherz.

Als erste Krankenkasse beteiligt sie sich bundesweit an den Kosten zur Osteopathie-Behandlungen bei Säuglingen. „Wir reagieren damit auf steigendes Interesse unserer Kunden an dieser Heilmethode“, sagt Dieter Carius, Experte für alternative Heilmethoden bei der DAK.“ Sehr gut, sehr gut, denkt man sich, die DAK, die weiß wirklich Bescheid. Die osteopathische-Wirksamkeits-Einsicht ist also vorhanden. Nur Wirkung allein reicht nicht, die Therapie muss ja auch bezahlt werden. „Die DAK erstattet deshalb die Kosten für den osteopathischen Erstcheck für alle DAK-familienversicherten Säuglinge im ersten Lebensjahr. Bei weiteren Behandlungen beteiligt sie sich mit einem Rabatt von 15 Prozent. HURRAAAA, prima, denkt sich da der Osteopath, wo kann ich unterschreiben? Halt, halt, nicht so eilig, liebe Osteopathen. Denn das Beste kommt zum Schluss: „Die behandelnden Osteopathen müssen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Osteopathischen Medizin (DGOM) sein.“ Nach diesem Satz dürfen sich mal flugs alle Osteopathen verabschieden, die *keine* Ärzte sind, denn die Mitglieder dieser Fachgesellschaft sind ausschließlich Ärzte. Huch? Verlesen? Kann doch gar nicht sein? Ein kurzer Anruf bei der DAK legt die hoffnungsvolle Botschaft gekonnt in Schutt und Trümmer: Die DAK zahlt zwar Osteopathie für Säuglinge, aber ausschließlich an Ärzte mit osteopathischer Zusatzausbildung und nicht an Physiotherapeuten.

Das dürfte vor allem bürokratische Gründe haben, denn die Bezuschussung bei Physiotherapeuten müsste erst die Hürde Heilmittelkatalog überwinden. Zu früh gefreut.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

>>> Fortsetzung S. 1

und befassen sich intensiv mit Gesundheitsthemen und dem eigenen Gesundheitszustand.

Geht man von dem oben genannten drei Prozent-Anteil für Heilmittelpraxen aus, dann beträgt das Umsatzvolumen mit dieser Zielgruppe rund 537 Millionen Euro.

Die rundum Aktiven (21 Prozent) leben ein ausgewogenes Verhältnis von Sport, Wellness und Vorsorge. Sie fördern ihre Gesundheit durch eigenes Handeln, fühlen sich gut und gehen selten zum Arzt. Sie haben Interesse für Nahrungsergänzungsmittel, Bioprodukte und alternative Heilmethoden. Sie sind meist zwischen 30 und 35 Jahre alt, verfügen über überdurchschnittliches Einkommen und Schulbildung und geben privat im Jahr rund 1.100 Euro für Gesundheit aus.

Das Marktvolumen in dieser Zielgruppe beträgt für Heilmittelpraxen bei drei Prozent Anteil immerhin 554 Millionen Euro.

Die sorglosen Sportler (17 Prozent) betrachten Gesundheit nur als Nebeneffekt ihres Trainings, sie beschäftigen sich wenig mit Gesundheitsthemen. Von allen Gruppen fühlen sie sich am gesündesten und gehen nur zum Arzt, wenn sie krank sind. Diese Gruppe besteht meist aus Schülern, Studenten und Rentnern und verfügt deshalb über ein vergleichbar niedriges Durchschnittseinkommen. Auch sie geben aber rund 1.100 Euro im Jahr privat für die Gesundheit aus.

448 Millionen Euro Umsatz können die Heilmittelpraxen bei einem dreiprozentigen Anteil mit dieser Zielgruppe machen.

Die passiven Zauderer (19 Prozent) haben ein schlechtes Gewissen, tun aber wenig für ihre Gesundheit – weder aktiv, noch passiv. Sie gehen aber mit Abstand am häufigsten zum Arzt, der auch wichtigste Informationsquelle für die Gesundheit ist. Die passiven Zauderer gibt es in allen Altersklassen, sie haben meist unterdurchschnittliches Einkommen und Schulbildung. Sie geben nur rund 600 Euro im Jahr privat für die Gesundheit aus.

Selbst in dieser Zielgruppe macht der dreiprozentige Anteil für die Heilmittelbranche noch 272 Millionen Euro im Jahr aus.

Die traditionellen Minimalisten (29 Prozent) sehen den Arzt als Garanten ihrer Gesundheit. Sie sind sportlich wenig aktiv, nicht an Gesundheitsthemen interessiert und geben auch am wenigsten dafür als (300 Euro im Jahr). Vorsorge beschränkt sich bei ihnen auf gelegentliche Arztbesuche. In dieser Gruppe gibt es viele Rentner. Das Durchschnittseinkommen ist hoch.

Auch die kleinsten Beträge summieren sich zu relativ großen Beträgen. Bei der drei Prozent Betrachtung bleiben für die Heilmittelbranche auch hier stolze 208 Millionen Euro.

Die fünf Konsumenten benötigen unterschiedliche Werbebotschaften. Wer sie mit pauschalen Botschaften anspricht, wird wenig Erfolg mit Selbstzahlerangeboten haben. *(di/ko/bu)*

Impressum

buchner

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

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

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

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

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: sashpictures (10), D. Salcher (12), S. Skundric (14), G. Martinez (15), fotozon (19), ElenaR (22); KST Presse AWvG (16, 17), physio-tech (20),

Die schwierige Suche nach dem angemessenen Privatpreis

Alles billig oder was?

Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) werden schon längst als heimliche Gewinner der Gesundheitsreform von Bundesgesundheitsminister Phillip Rößler gehandelt. Ob sich diese Prognose bewahrheitet, wird sich kurz nach Redaktionsschluss herausstellen. Wie auch immer der Reigen um Beitragssätze, Zusatzbeiträge und Co enden wird, mit der PKV kennen sich die meisten Therapeuten schon jetzt gut aus. Insbesondere mit der andauernden und unerschöpflichen Diskussion über die Höhe von Privatpreisen für Heilmittelleistungen und deren Kostenerstattung. Grund genug, das Prinzip „Privatpreise“ einmal genauer unter die Lupe zu nehmen.

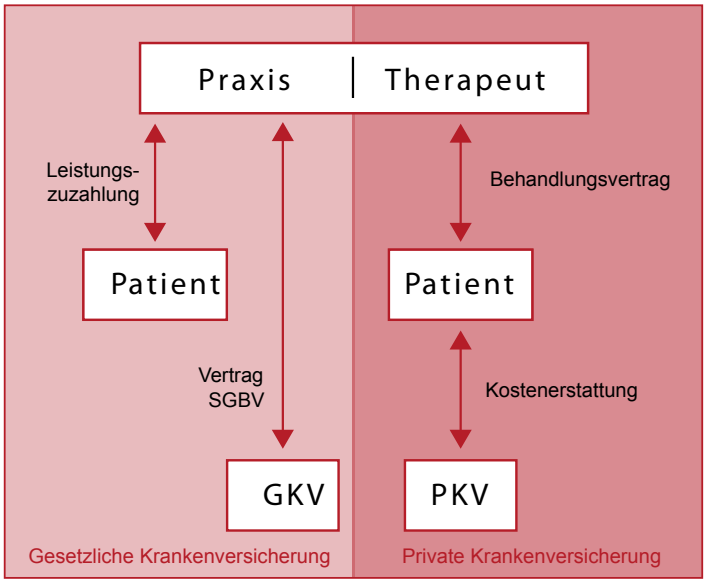
32 Prozent der gesetzlich Versicherten würden in die PKV wechseln, wenn sie könnten. Bei den 25- bis 39-Jährigen sind es sogar 48 Prozent. Das ist das Ergebnis der aktuellen „Continentale-Studie 2010“, die die private Continentale-Versicherung in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest jetzt durchgeführt hat. Die Befragten gaben als Begründung vor allem den besseren Leistungsumfang der PKV an. Zu diesen Leistungen gehören auch die therapeutischen Leistungen von Heilmittelerbringern. Bei der Kostenerstattung hört aber oft die Begeisterung bei den Patienten auf und es beginnt eine Diskussion um „billig“ oder „teuer“ und zwar in der Regel nicht mit der PKV, sondern mit dem Therapeuten.

Billig als Entscheidungskriterium?

Das Thema Festsetzung von Privatpreisen führt bei Therapeuten immer wieder zu Unsicherheiten. Die Privaten Krankenversicherungen haben in den letzten Jahren ihren Patienten verstärkt nahegelegt, nach der „billigsten“ Therapie zu suchen. Billig ist allerdings nicht das richtige Entscheidungskriterium für eine Therapeutenwahl. Wenn über Preise diskutiert wird, muss man sich über die Leistung klar sein, aber die Leistung ist gar nicht deutlich.

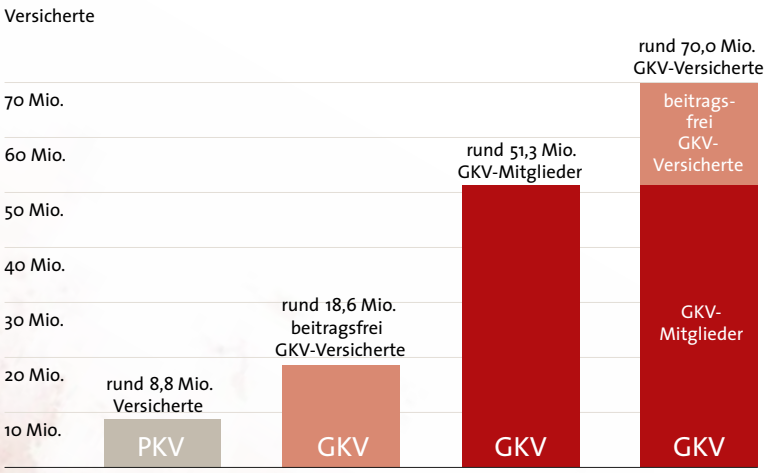
So kann man zum Beispiel keinen reinen Preisvergleich der gesamten Behandlung zwischen einem Berufsanfänger und einem erfahrenen und hoch spezialisiertem Therapeuten durchführen. Es ist bereits anerkannt, dass sich ein Therapieziel mit deutlich weniger Therapiesitzungen erreichen lässt, wenn entsprechende Qualifikationen und therapeutische Konzepte vorhanden und angewandt werden. Man würde also Äpfel mit Birnen vergleichen, wenn man sich allein auf den Preisvergleich einer einzelnen Therapiesitzung beschränken würde. Das ist weder in wirtschaftlicher noch in therapeutischer Hinsicht sinnvoll.

>>>



Zwischen Therapiepraxis und PKV besteht kein Vertragsverhältnis. Daraus folgt, dass alle Regeln der PKV oder Beihilfe keine Bindungswirkung für die Therapiepraxis haben.

Mitglieder und Versicherte GKV – PKV



Quelle: Amtliche Statistik KM1; Stand: 1. Juli 2010; Verband der privaten Krankenversicherung e. V.; Stand: 17. März 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband

>>> Fortsetzung S. 3

Die Preisgestaltung für therapeutische Leistungen von privat und gesetzlich Krankenversicherter unterscheidet sich deutlich voneinander. Das beginnt schon bei dem Vertragsverhältnis. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen besteht ein Vertragsverhältnis zwischen den Leistungserbringern (bzw. den Verbänden der Leistungserbringer) und den Kostenträgern (GKV). Hier sind die Leistungsanforderungen an Heilmittelerbringer relativ eindeutig geregelt. In den §§ 124, 125 SGB V werden klare qualitative Anforderungen an einen niedergelassenen Heilmittelerbringer und seine Praxis gestellt. Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der GKV und den Berufsverbänden regeln unter anderem die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut. Exakte Leistungsbeschreibungen mit Detailangaben, unter anderem zur Minimalbehandlungszeit, notwendigen apparativen Ausstattung sowie besonderen Qualifikationsanforderungen an Therapeuten etc., runden die Vertragsbeziehungen zwischen Therapeut und Krankenkasse ab. Dagegen bestehen zwischen den privaten Krankenversicherungen und Heilmittelerbringern keine vergleichbaren vertraglichen Vereinbarungen. PKV und Heilmittelerbringer sind also keine direkten Vertragspartner, sondern es besteht einerseits ein Vertragsverhältnis zwischen Patienten und Leistungserbringer über die Höhe der Kosten und andererseits ein Vertragsverhältnis zwischen Patienten und PKV über die Kostenübernahme.

Zwischen PKV und Heilmittelerbringer besteht kein direktes Vertragsverhältnis!

Wer keinen Ärger mir Patienten haben möchte, der bemüht sich bereits im Vorfeld bestimmte Leistungen zu erbringen, damit die private Krankenversicherung die Kosten für die erbrachte Leistung übernimmt. Das ist zum einen das Vorliegen eines Versicherungsvertrages des Patienten, der eine Kostenerstattung für Heilmitteltherapie vorsieht. Zum anderen sollte eine ärztliche Verordnung vorliegen, aus der die Indikation zur Heilmitteltherapie hervorgeht. Und schlussendlich muss die Leistung durch einen Therapeuten mit entsprechender Berufsausbildung erfolgen.

Die Diskussionsspirale

Die Erstattungshöhe der PKV hängt in der Regel von dem Preis je Therapiesitzung ab. Die PKV haben zudem unterschiedliche Vertragsbedingungen für die Kostenerstattung von Heilmitteltherapien. Häufig wissen die Patienten nicht, bis zu welcher Höhe ihre Kasse die Kosten der Therapie übernimmt. Wird dies nicht bereits im Vorfeld mit der Kasse geklärt, fangen die Diskussionen an. Der Patient diskutiert mit dem Therapeuten, der Therapeut diskutiert mit der PKV und die PKV diskutiert mit dem Patient und dem Therapeut. Dabei gibt es drei Argumentationslinien:

1. Die Begrenzung auf Beilhilfesätze: Einige Versicherungen beziehen sich auf die beihilfefähigen Höchstsätze und behaupten, diese Höchstsätze wären sozusagen die gesetzliche Tarifvorgabe. Dieser Versuch, eine Regelung vertraglich durchzusetzen, ist allerding im Jahr 2007 vor dem Bundesgerichtshof gescheitert. Dass diese Argumentation grundsätzlich falsch ist, hat das Bundesministerium des Inneren schon mehrfach bestätigt. Tatsächlich suggeriert die PKV durch solche Falschinformationen den Patienten, dass Therapie ohne Zuzahlung zu bekommen sei und heizt damit die Diskussion in der Praxis unnötig an.
2. Das Honorar ist nicht üblich: Eine weitere Behauptung der PKV lautet, der Preis gehe über den ortsüblichen Preis hinaus und sei damit gemäß § 612 BGB vom Patienten nicht zu bezahlen und damit auch von der PKV nicht zu erstatten. Der § 612 des Bürgerlichen Gesetzbuches legt fest: „Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.“ Das heißt, nur wenn zwischen Praxis und Patient kein Honorarvertrag geschlossen wurde („Vergütung nicht bestimmt“), würde eine offizielle von staatlichen Stellen festgelegte Preisliste gelten („taxmäßige Vergütung“). Fehlt diese „Taxe“, wie im Bereich der Heilmittel, würde man versuchen den ortsüblichen Preis („übliche Vergütung“) zu ermitteln. Da die meisten Praxen mit ihren Privatpatienten jedoch vorher schriftliche Honorarvereinbarungen abschließen, greift das Argument der PKV hier nicht.

3. Das Honorar ist nicht angemessen: Einige Versicherer versuchen die Erstattung auf eine von ihnen festgelegten Betrag zu beschränken, indem sie behaupten, dass sie nur den angemessenen Preis (gemeint ist der billigste!) für Heilmittel erstatten müssten. Wenn der Patient sich teurere Heilmittel einkaufe, sei dies von ihm selbst zu bezahlen. Aber auch hier führt die PKV ihre Kunden in die Irre, denn der Bundesgerichtshof hat eindeutig festgelegt, dass die Tarifbedingungen der PKV eine Beschränkung auf die jeweils billigste Behandlungsmethode eindeutig nicht vorsieht. Also gibt es auch hier keinen Grund für Diskussionen.

Die Suche nach dem ortsüblichen Preis

Es gibt keine staatlich festgelegte Preisliste für Heilmittel, wie es das zum Beispiel bei den Ärzten in Form der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt. Die Preisliste benötigen Praxen, wenn nach dem ortsüblichen Preis gesucht wird – also immer dann, wenn kein Honorarvertrag mit dem Patienten abgeschlossen wurde. Man könnte sich also die Ermittlung der ortsüblichen Preise durch gute Verträge ersparen.

Preislisten beenden aber nicht automatisch die Diskussionen mit Patienten für immer und ewig. Ärzte können ein Lied davon singen, wie Patienten über den richtigen Abrechnungsfaktor streiten! Aber eine Preisliste schafft zumindest eine Grundlage für Verhandlungen und nimmt dem Patienten das Gefühl, Preise wären willkürlich zusammengestellt. Hauptproblem der Preislisten sind die Unterschiede der Qualität der Leistung: Dauer einer Therapiesitzung, Berufserfahrung des Therapeuten, Zusatzqualifikationen, Spezialisierung, räumliche/apparative Ausstattung der Praxis und besondere Serviceleistungen. Diese Unterschiede müssen bei der Preisbildung berücksichtigt werden, zum Beispiel über Abrechnungsfaktoren. Es hat sich für Therapiepraxen bundesweit eingebürgert, eine Preisbildung nach dem Muster der GOÄ vorzunehmen. Dabei werden zur Orientierung Tarife und Leistungspositionen der gesetzlichen Krankenversicherungen für den Regelsatz herangezogen und mit Faktoren multipliziert, die die oben genannten Qualitätsunterschiede in den Preis mit einfließen lassen. In einem Honorarvertrag wird vor Behandlungsbeginn der Preis je Therapiesitzung mit dem Patienten vereinbart. Sinnvollerweise informiert der Therapeut den Patienten schon bei Vertragsabschluss über die nicht vollständige Erstattungsfähigkeit.

Um die Lücke einer fehlenden staatlichen Gebührenordnung für Heilmittelerbringer zu füllen, ist die Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) erstmals im Jahr 2007 veröffentlicht worden. Sie beruht auf einer breiten empirischen Untersuchung hinsichtlich der Preisbildung für Heilmittel in Deutschland und wird bereits von einigen privaten Krankenversicherern als Grundlage für die Erstattung herangezogen. Mit insgesamt mehr als 40.000 verkauften Exemplaren ist die GebüTH das am meist verbreitete Gebührenkonzept für Heilmittelerbringer. Damit sollte die Suche nach dem ortsüblichen Honorar einfach werden. Lediglich die Höhe des Abrechnungsfaktors muss von der jeweiligen Praxis individuell begründet werden. *(ko/bu)*

Service: Die GebüTh kann im Internet unter www.buchner-shop.de bestellt werden und kostet 16,04 Euro zzgl. Versandkosten.

12 Physiotherapie — Gebührenübersicht für Therapeuten

	Physiotherapie	Dauer/Minuten von	bis	Regelsatz (1x)	Basissatz 1,8	Steiger. -satz 2,3
1	Physiotherapeutische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage, als Einzelbehandlung	15	25	14,17	25,51	32,59
2	Physiotherapie in der Gruppe mit 2-5 Patienten	20	30	3,90	7,02	8,97
3	Physiotherapie orthopädisches Turnen (Gruppe)			5,52	9,94	12,70
4	Gerätegestützte Physiotherapiebehandlung - parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten	60	60	25,18	45,32	57,91
5	Physiotherapie (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	60	60	41,78	75,20	96,09
6	Inhalationstherapie Einzelinhalation (einschließlich Medikament)	5	30	4,45	8,01	10,24
7	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung	30	45	25,07	45,13	57,66
8	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung	30	45	25,07	45,13	57,66
9	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung	25	35	19,52	35,14	44,90
10	Physiotherapie zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung	25	35	19,52	35,14	44,90

Die Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) erleichtert die Suche nach dem ortsüblichen Privatpreis.

Rechtsprechung

Gerichte unterstützen Therapeuten

Viele der Privaten Krankenversicherungen erstatten die Kosten für Heilmitteltherapie nicht in voller Höhe oder lehnen dies für zukünftige Leistungen ab. Häufig legen die Versicherungen den Versicherten nahe, sich nach einer „billigeren" Therapie umzusehen. Dabei werden auch Gerüchte über „ortsübliche" Preise und über „richtige" Therapien gestreut. Hier finde Sie einige Gerichtsurteile, die Ihnen helfen, sich gegen unrechtmäßiges Verhalten Ihrer privaten Krankenversicherung zu wehren. Noch mehr Urteile finden Sie im Internet unter www.privatpreise.de.

Bundesinnenministerium bestätigt:

Beihilfeberechtigte sollen zuzahlen!

Auch Beihilfeberechtigte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers Zuzahlungen leisten! Dies hat das Bundesinnenministerium auf Anfrage von unternehmen praxis noch einmal in einer Stellungnahme bestätigt.

Es sei nicht die Rechtsauffassung des Innenministeriums, dass Beihilfeversicherte immer wieder versuchen, die beihilfefähigen Höchstsätze als die verbindlich festgelegte obere Preisgrenze für eine Heilmitteltherapie durchzusetzen. Als oberster Dienstherr aller Bundesbediensteten ist das Ministerium auch maßgeblich für die Erstellung der Liste der beihilfefähigen Höchstsätze zuständig. Es sei, so schreibt die Pressestelle des Ministeriums, bereits seit langer Zeit Politik der Bundesregierung, Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – soweit dies im Hinblick auf die Strukturunterschiede der beiden verschiedenen Systeme möglich ist – wirkungsgleich auf das Beihilferecht zu übertragen. Sprich: Wenn Mitglieder in der GKV Zuzahlungen leisten müssen, dann soll das bitte auch für Beihilfeberechtigte gelten.

Keine vollständige Kostendeckung bei Höchstsätzen für Heilmittel

Das Innenministerium führt dann weiter aus: „Die Annahme, dass Beihilfeberechtigte keine Zuzahlungen zu leisten haben, entspricht grundsätzlich nicht der Rechtslage der Bundesbeihilfeverordnung. Für den Bereich der Heilmittel gilt allerdings, dass zu diesen Aufwendungen formal keine Zuzahlungen erfolgen, weil die von den Beihilfeberechtigten zu tragenden Eigenbehalte bereits bei der Festlegung der Höchstbeträge berücksichtigt sind. Die Höchstsätze für Heilmittel in der Bundesbeihilfeverordnung beinhalten daher bewusst keine vollständige Kostendeckung. Der den beihilfefähigen Höchstbetrag übersteigende Betrag entspricht somit der Eigenbeteiligung des Beihilfeberechtigten. Damit wird im Beihilferecht ein anderer Weg als in der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt, wo die von den Krankenkassen zu zahlenden Kosten festgelegt und hierzu Zuzahlungen zu entrichten sind. Bei einem Vergleich der Leistungsentgelte beider Systeme müsste daher zu den Höchstbeträgen der beihilfefähigen Aufwendungen immer ein Eigenbehalt in vergleichbarer Höhe wie die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hinzugerechnet werden."

Beihilfefähige Höchstsätze nur Nettopreise

Damit liefert das Bundesinnenministerium gleich eine Erklärung für die korrekte Bemessung von Heilmittelpreisen: Die beihilfefähigen Höchstsätze sind lediglich Nettopreise! Der tatsächliche Preis ergibt sich erst, wenn die auch von Beihilfeberechtigten zu leistende Zuzahlung zu diesem Nettopreis hinzugerechnet wird.

Die Höhe des Aufschlags auf die beihilfefähigen Höchstsätze kann man z. B. den Statistiken der Krankenkassen entnehmen. Die durchschnittliche Zuzahlung von GKV Patienten bei Verordnungen von Orthopäden betrug in 2008 rund 16 Prozent. Will man einen vergleichbaren Aufschlag auf die beihilfefähigen Höchstsätze vornehmen, so muss man ca. 19 Prozent dazurechnen!

Bei den Verordnungen von Kinderärzten sieht das allerdings schon ganz anders aus. Hier beträgt die Zuzahlung im Schnitt gerade einmal 0,14 Prozent und ist damit vernachlässigbar. Doch bereits bei Allgemeinmedizinern macht die Zuzahlung wieder 10 Prozent aus und müsste mit einem Aufschlag von ca. 12 Prozent auf die beihilfefähigen Höchstsätze korrigiert werden.

Die damit errechneten Preise für Heilmittel würden dann dem entsprechen was das Bundesinnenministerium in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2009 fordert: Es sei „zu berücksichtigen, dass sich Beihilfeberechtigte wie Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Zuzahlungen an den Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Leistungen von Heilmittelerbringern beteiligen müssen." *(bu)*

Ausführliche Informationen zum Thema finden Sie im Internet unter www.privatpreise.de.

AG Hamburg vom 10.10.2007 (AZ: 20 A C 28/07)

2,3-facher Satz bei Physiotherapie ortsüblich

Eine Bestätigung für die Daten aus der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) hat das Amtsgericht Hamburg in einem aktuellen Urteil geliefert.

Danach sieht das Gericht die Abrechnung von Physiotherapie zum 2,3-fachen VdAK Satz als "übliche" Vergütung in Hamburg an.

Obwohl die abrechnende physiotherapeutische Praxis keine Honorarvereinbarung mit dem Privatpatienten abgeschlossen hatte, sah das Gericht keinen Grund, die Abrechnung zu ändern: „Dass Physiotherapeuten bei der Behandlung privat versicherter Patienten üblicherweise den 2,3-fachen Satz abrechnen, ist dem Gericht aus anderen ähnlichen Prozessen bekannt“, wird das Gericht auf der Internetseite des ZVK-Nordverbundes zitiert. Das Gericht war sich so sicher, dass es nicht einmal für nötig befand, ein entsprechendes Sachverständigengutachten einzuholen.

Bundesgerichtshof, 12.3.2003 (AZ: IV ZR 278/01)

Kein Kürzungsrecht bei Übermaßvergütung (IV ZR 278/01)

Mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in § 1 Abs. 2 S. 1 MD/KK 76 hat der Versicherer keine Beschränkung seiner Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung erklärt.

„... Zudem ist für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein soll. Übernimmt der Versicherer .... die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkung, so kann er ihn grundsätzlich nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält...“

Eine pauschale Honorarbeschränkung auf eine aus Sicht der PKV angemessene Höhe ist nicht zulässig.

„Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lässt sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 MB/KK im Wege der Auslegung nicht entnehmen. Aus der dafür maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ist die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen. Er versteht die Klausel so, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Heilbehandlung erstattet werden, sondern nur für solche, die objektiv geeignet sind, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Ihm erschließt sich nicht, dass der Versicherer seine Leistungspflicht auf die billigste Behandlungsmethode beschränken will.“

Das Kürzungsrecht des Versicherers bei sog. Übermaßbehandlungen gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK 76 erstreckt sich nicht auf Übermaßvergütungen.

„...Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon dem Wortlaut des Paragraphen 5, Abs. 2 MB/KK 76 nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist... Auch wenn man als Ziel der Übermaßregelung erkennen kann, dass der Versicherer sich vor einer unnötigen Kostenbelastung schützen will, bezieht er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig waren. Immer hält sich indes nicht, dass er trotz uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung reduzierte Versicherungsleistungen erhalten soll...“

Anmerkung:

In diesem Punkt unterscheiden sich die Leistungsansprüche von GKV- und PKV-Patienten. Während der § 12 SGB V festlegt, dass Leistungen „...das Maß des Notwendigen nicht überschreiten...“ dürfen und damit auch eine wirtschaftliche Einschränkung beschreibt, erwarten Privatpatienten im Gegensatz dazu bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit eine optimale und umfassende Behandlung.

GKV-Finanzen im 1. Halbjahr 2010:

Heilmittelausgaben-Zuwachs wird schwächer

Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen im 1. Halbjahr 2010 verläuft deutlich schlechter als im Vorjahr. Praxisinhaber frohlocken trotzdem: die Heilmittelausgaben steigen immer noch überdurchschnittlich – allerdings ist das Wachstum nicht mehr ganz so stark wie im ersten Quartal 2010.

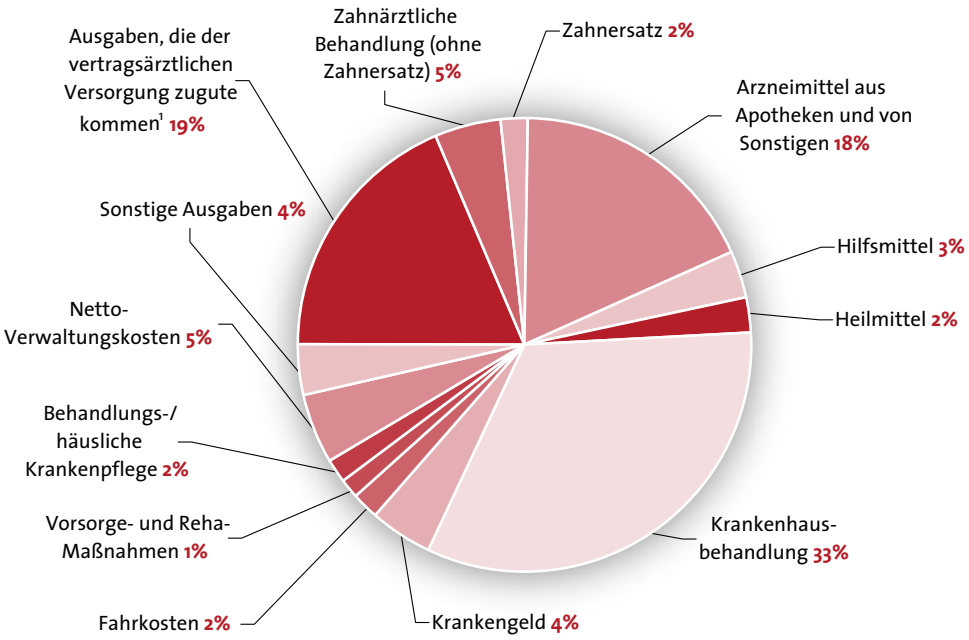
Heilmittelerbringer können sich über einen Zuwachs von 5,4 Prozent bei den Heilmittelausgaben freuen, allerdings wird das Wachstum schwächer: Im 1. Quartal betrug das Wachstum der Heilmittelausgaben schließlich noch überdurchschnittliche 6,8 Prozent

Für die Krankenkassen läuft es schlechter: Während sie im 1. Halbjahr 2009 noch einen Überschuss von 1,2 Mrd. Euro verbucht hatten, betrug der Überschuss im 1. Halbjahr 2010 nur noch rd. 112 Mio. Euro. Für das Gesamtjahr 2010 rechnen Experten mit einer Unterdeckung der Kassenausgaben durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds in Höhe von 3,1 Milliarden Euro.

Verglichen mit anderen Berufsgruppen schneiden die Heilmittelerbringer gut ab. So sind die Ausgabenzuwächse bei den Ärzten genauso hoch wie bei den Heilmitteln, die Arzneimittelausgaben wachsen um 4,8 Prozent.

Die Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums werden einmal im Quartal veröffentlicht und zeigen maximal einen groben Trend. Die Zahlen aus dem Heilmittel-Informationssystem der GKV weichen von den Zahlen des BMG regelmäßig erheblich ab. *(bu)*

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, Ausgabenanteile 1. Quartal 2010



[1] In dieser Ausgabenposition sind enthalten: ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Sachkosten sowie von den Versicherten geleistete Zuzahlungen (Praxisgebühr). [2] ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen

Honorare 2010: Wachstum maximal 1,15 Prozent

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Veränderungsrate der sogenannten Grundlohnsumme mit 1,15 Prozent bekannt gegeben. Das ist für alle Heilmittelerbringer enttäuschend, weil die Veränderungsrate die höchstmögliche Steigerung bei Honorarverhandlungen darstellt.

Im § 71 SGB V ist festgelegt, dass die „Veränderung der jeweiligen Vergütung" wie zum Beispiel die Vergütung für Heilmittel, die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nicht überschreiten darf. Im Klartext heißt das für Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen, dass die Obergrenze der möglichen Honorarsteigerung für 2010 bereits feststeht, nämlich maximal 1,15 Prozent.

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

Bundesversicherungsamt (BVA) kritisiert Ausgabenpraxis

Krankenkassen sind keine Teppichhändler

Nicht alles, was Krankenkassen machen, ist auch erlaubt. Das Bundesversicherungsamt hat seinen Tätigkeitsbericht 2009 vorgelegt und darin die Krankenkassen aufgefordert, sich besser an die vorgegebenen Richtlinien zu halten. Zu hohe Provisionszahlungen für Mitgliederwerbung, unzulässige Übernahme von Beiträgen für Fitnessstudios und unrechtmäßige Kostenerstattung für Therapie im Ausland gehören zu den beanstandeten „Werbemaßnahmen" der Kassen.

„Der Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder gleicht nicht dem Wettbewerb des Teppichhändlers um den Käufer", meint Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes in seinem Vorwort des Tätigkeitsberichts 2009. Das sehen einige Krankenkassen vermutlich anders. Denn die Praxis der Krankenkassen, Regelungsspielräume zur Mitgliederwerbung zu nutzen, sind den meisten Praxisinhabern hinlänglich aus der täglichen Arbeit bekannt.

Mitgliederbindung durch Kassenkulanz

So sollen Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen (§ 20 Abs.1 SGB V). Diese sind in einem Leitfaden Prävention zusammengefasst und veröffentlicht. Trotzdem bezuschussen viele Krankenkassen nicht förderfähige Maßnahmen, wie zum Beisiel Babyschwimmen, Fastenwochen, Freizeitreisen in Kur- oder Gesundheitszentren, sowie Beiträge für Sportvereine bzw. Fitnesszentren. Dabei ist gerade die Kostenübernahme für Vereinsbeiträge zu Sportvereinen, Fitness-Studios etc. durch die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen. Ebenso bemängelt der Bericht die gängige Praxis der Kassen, bei einigen Patienten mehrfach Präventionskurse übernommen zu haben.

Damit die Mitglieder nicht weglaufen, ist die Kostenerstattung für Therapien im Ausland bei manchen Krankenkassen ausgesprochen kulant. Das BVA bemängelt, dass z.B. vorgeschriebene Abschläge bei der Kostenerstattung einfach nicht vorgenommen werden – Hauptsache, das Mitglied ist zufrieden.

Wer als Praxisinhaber Zusatzeinnahmen braucht, könnte in die Mitgliederwerbung bei den Krankenkassen einsteigen. Denn bis zu 150 Euro Kopfgeld hat eine Krankenkasse an externe Mitgliedswerber bezahlt. Eine Kasse hat auch an eigene Mitarbeiter Prämien für die von diesen im Laufe eines Jahres angeworbene Mitglieder gezahlt. Allein ein Vertriebsmitarbeiter hat im Jahr 2007 zusätzlich zu seinem Gehalt für neue Mitgliedschaften mehr als 40.000 Euro erzielt. Alles zu Unrecht, wie das BVA feststellt: maximal 76 Euro darf eine Kasse höchstens für ein neu geworbenes Mitglied zahlen. Manche Kassen haben im vergangenen Jahr durch kreative Buchführung versucht, diesen Höchstbetrag zu umgehen.

Auch weiterhin Abrechnungsstress für Praxisinhaber

Leider hat das BVA auch einen Abrechnungsdienstleister einer Kasse geprüft und verfügt, dass in Zukunft bei der Abrechnungsprüfung von Heil- und Hilfsmitteln strenger geprüft werden soll. Das Thema Abrechnungsstress dürfte also auch zukünftig alle Praxisinhaber beschäftigen.

Alle geprüften Krankenkassen haben versichert, sich in Zukunft an die Regelungen halten zu wollen. Man darf auf den Tätigkeitsbericht im nächsten Jahr gespannt sein. *(bu)*

AOK Mecklenburg hat Angst vor höheren Heilmittelausgaben

Die AOK Mecklenburg hat das Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach einem Jahr Testphase wieder eingeführt. Die AOK begründete diesen Schritt mit einer überproportionalen Steigerung der Heilmittelverordnungen im letzten Jahr.

Am 1. August 2009 hatte die AOK Mecklenburg „zur Vereinfachung und zum Abbau von Bürokratie" auf das Genehmigungsverfahren verzichtet, erklärte der Pressesprecher der AOK Mecklenburg Markus Juhls gegenüber up. Dieser Versuch sei evaluierend verfolgt worden mit dem Ergebnis, dass eine überproportionale Steigerung der Heilmittelverordnungen beobachtet worden sei. Wie hoch diese Steigerung genau war, dazu äußerte sich die Kasse bislang nicht. Juhls erklärte weiter, dass diese Zahlen zur der Wiedereinführung des Genehmigungsverfahrens geführt haben.

Laut Heilmittelkatalog müssen Therapeuten Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor der Fortsetzung der Therapie der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Ab Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse kann die Therapie fortgesetzt werden. Nach Beginn der Behandlung übernimmt diese die Kosten unabhängig von dem Ergebnis der Entscheidung, spätestens jedoch bis zu dem Zeitpunkt einer Ablehnung der Genehmigung. Eine Rückforderung der Kosten bereits erbrachter Leistungen ist unzulässig. *(ko)*

Interdisziplinäre Impulse für Therapeuten

Am 7. Oktober 2010 findet die interdisziplinäre Fachtagung „Gesundheit – ein Erfolgsfaktor für Bildung" in der Fachhochschule Jena statt. Inhaltlicher Schwerpunkt wird das Thema „Sehen-Hören-Wahrnehmen: Defizite erkennen, Handicaps vermeiden!" sein. Für Therapeuten bietet sich die Gelegenheit für neue Impulse aus fachfremden Disziplinen.

Hauptaspekt der Fachtagung sei es, Menschen verschiedener Berufsgruppen zusammenzuführen und mit dem Erfolgsfaktor „Gesundheit" optimales Lernen und Leisten für Lehrende und Lernende zu ermöglichen, heißt es in der Pressemitteilung der Fachhochschule. In enger Kooperation aller Leistungsanbieter sollen gemeinsam Strategien erarbeitet werden, um Defizite zu erkennen, interdisziplinär zu betrachten und Lösungen zu finden.

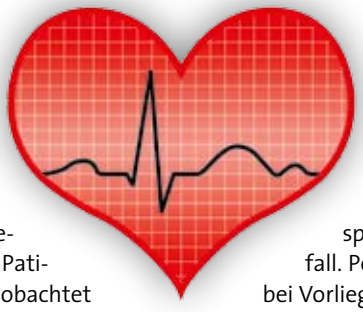
Mit dabei sein wird auch Physiotherapeut Thomas Quaiser, der sich vor allem auf den Kontakt mit anderen Berufsgruppen freut: „Das ganzheitliche Denken ist heutzutage zwar in aller Munde, im täglichen Praxisalltag hat es jedoch nur selten Einzug gehalten". Er bedauere es, dass durch die zunehmende Spezialisierung im Berufsleben der „Blick für das Ganze" oft verloren gehe. „Seit ich mich vor acht Jahren selbständig machte, hatte ich immer weniger Zeit für Fachtagungen", so der Praxisinhaber, der auch schon an der Universität gearbeitet hat. „Nur für fachspezifische Fortbildungen fand ich noch Zeit."

Thomas Quaiser wünscht sich, dass von allen Fachrichtungen viele zu der Tagung kommen. Dabei freut sich der 43-Jährige aber nicht nur auf Vorträge, die sein Arbeitsgebiet betreffen, wie die Wirbelsäulenproblematik, sondern auch auf Beiträge, „die uns Physiotherapeuten nur am Rand betreffen". So hofft er in den Workshops mit Logopäden oder Pilates-Trainern auch neue Impulse für seine tägliche Arbeit zu bekommen. Er selbst hat unter seinen Kollegen auch die Werbetrommel gerührt. Allerdings ist er skeptisch, ob sie seinem Ruf folgen werden. „Es ist ein Nachteil, dass die Tagung an einem Wochentag stattfindet", kritisiert er, denn für die Freigabe eines Therapeuten müsse er 15 Patienten abbestellen. „Besser wäre ein Freitagnachmittag oder das Wochenende..."

Die Fachtagung „Gesundheit – ein Erfolgsfaktor für Bildung" richtet sich an alle Interessierten, die sich mit Kindern, Schülern und Studenten sowie Bildung und Gesundheit beschäftigen. Neben Fachvorträgen bieten Workshops den Teilnehmern die Möglichkeit, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten praxisnah zu erweitern. Die Tagungspauschale beträgt 50 Euro inklusive Verpflegung. Das Programm und eine Online-Anmeldung finden Sie unter www.jenoptometrie.de. *(ks)*

Hohe Rückfallquote für kranke Herzen

Trotz guter Medikamente und Therapien haben Infarkt- und Schlaganfallpatienten ein erhöhtes Risiko, einen weiteren Rückfall zu erleiden. Das ist das Ergebnis einer weltweiten Studie zur Prävention von Arterienverkalkung (REACH), die im US-Fachmagazin JAMA veröffentlicht wurde.



Ein internationales Forschungsteam hatte für die Untersuchung vier Jahre lang die Daten von knapp 69.000 Patienten in 29 Ländern ausgewertet. Das Ergebnis: Von den 45.227 Patienten, die den gesamten Zeitraum beobachtet wurden, erlitten 5.481 eine weitere Gefäßerkrankung – 2.315 davon starben. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 68,4 Jahren, fast zwei Drittel waren Männer.

Als einziges deutsches Mitglied war Professor Dr. Joachim Röther, Chefarzt der Neurologie in der Asklepios Klinik Altona, an der Studie beteiligt. Für die Einschätzung von Herzinfarkt- und Schlaganfallgefahr seien komplizierte Risiko-Scores nicht mehr nötig, hieß es in einer Pressemitteilung der Asklepios Kliniken. „Wer einmal gefäßkrank war", so Röthers Fazit, „muss alles tun, um weitere Gefäßleiden zu verhindern."

Liege ein Herzinfarkt, Schlaganfall oder sonstiger Gefäßverschluss länger als ein Jahr zurück, habe der Patient ein mittleres, bei kürzer zurückliegenden Ereignissen ein hohes Risiko, heißt es weiter. Höchstes Risiko bedeuteten mehrere Gefäßverschlüsse, also zum Beispiel ein Herzinfarkt und ein Schlaganfall. Potenziert werde das Risiko außerdem bei Vorliegen eines Diabetes mellitus.

Diese Einteilung werde Ärzten künftig helfen, Patienten mit besonders hohem Risiko schnell zu identifizieren und durch effektive vorbeugende Behandlung vor weiteren schweren Gefäßleiden zu schützen.

Das REACH-Register ist das erste Register für ambulante Patienten, das weltweit die tatsächliche Ereignisrate und Behandlungsmuster an einem breiten Spektrum von Patienten mit Atherothrombose erfasst. *(ks)*

Ein kostenloses Abstract finden Sie im Internet unter http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/jama.2010.1322v1.

GKV-Spitzenverband

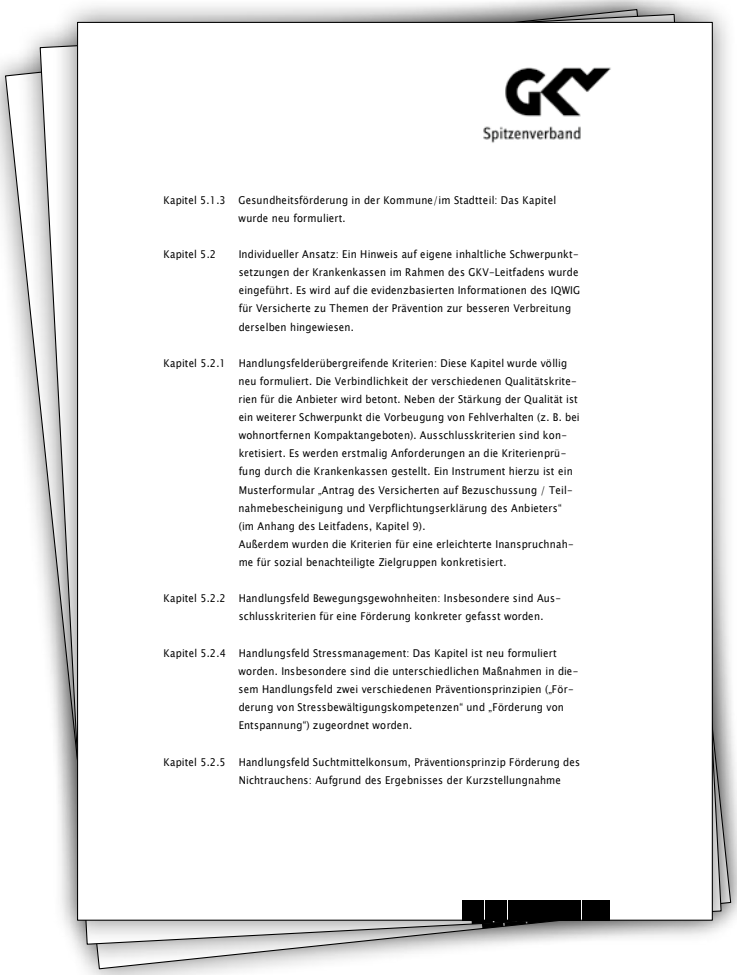
Überarbeiteter Leitfaden Prävention

Der GKV-Spitzenverband hat den neu überarbeiteten Leitfaden Prävention vorgelegt. Die Kriterien für Präventionsleistungen sollen nun genauer und systematischer vorgegeben sein. Für Therapeuten sind die Neuerungen Pflichtlektüre, um entsprechende Präventionsangebote zu entwickeln und zu ändern.

Der Leistungskatalog bliebe durch die Neufassung so umfangreich wie bisher, erklärte der GKV-Spitzenverband in einer Pressemitteilung. „Weiterhin entscheiden die einzelnen Kassen vor Ort selbst, welche konkreten Angebote sie machen; der Leitfaden gibt den verbindlichen Rahmen vor. Der neue Leitfaden fasst die Kriterien für Präventionsleistungen genauer und systematischer. Neben quantitativen Ober- und Untergrenzen für einzelne Leistungen werden deren inhaltliche und methodische Anforderungen präzisiert. Damit soll die Qualität der Angebote verbessert und die in der Vergangenheit vereinzelt aufgetretenen Missbrauchsfälle künftig unterbunden werden“, heißt es weiter.

In dem Leitfaden Prävention ist geregelt, unter welchen Vorausetzungen Präventions-Kurse von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden. Er definiert die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Vorgaben für alle gesetzlichen Krankenkassen.

(ko)



GKV Spitzenverband

Kapitel 5.1.3 Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil: Das Kapitel wurde neu formuliert.

Kapitel 5.2 Individueller Ansatz: Ein Hinweis auf eigene inhaltliche Schwerpunktsetzungen der Krankenkassen im Rahmen des GKV-Leitfadens wurde eingeführt. Es wird auf die evidenzbasierten Informationen des IQWIG für Versicherte zu Themen der Prävention zur besseren Verbreitung derselben hingewiesen.

Kapitel 5.2.1 Handlungsfelderübergreifende Kriterien: Diese Kapitel wurde völlig neu formuliert. Die Verbindlichkeit der verschiedenen Qualitätskriterien für die Anbieter wird betont. Neben der Stärkung der Qualität ist ein weiterer Schwerpunkt die Vorbeugung von Fehlverhalten (z. B. bei wohnortfernen Kompaktangeboten). Ausschlusskriterien sind konkretisiert. Es werden erstmalig Anforderungen an die Kriterienprüfung durch die Krankenkassen gestellt. Ein Instrument hierzu ist ein Musterformular „Antrag des Versicherten auf Bezuschussung / Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung des Anbieters“ (im Anhang des Leitfadens, Kapitel 9).
Außerdem wurden die Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme für sozial benachteiligte Zielgruppen konkretisiert.

Kapitel 5.2.2 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: Insbesondere sind Ausschlusskriterien für eine Förderung konkreter gefasst worden.

Kapitel 5.2.4 Handlungsfeld Stressmanagement: Das Kapitel ist neu formuliert worden. Insbesondere sind die unterschiedlichen Maßnahmen in diesem Handlungsfeld zwei verschiedenen Präventionsprinzipien („Förderung von Stressbewältigungskompetenzen“ und „Förderung von Entspannung“) zugeordnet worden.

Kapitel 5.2.5 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum, Präventionsprinzip Förderung des Nichtrauchens: Aufgrund des Ergebnisses der Kurzstellungnahme

Endlich Richtgrößen 2010

Prüfungsfrei für Ärzte in Niedersachsen

Zwei Prozent höhere Heilmittelrichtgrößen für Niedersachsen als im Jahr 2009 haben die KV Niedersachsen und die Kassen auf Landesebene vereinbart und diese bereits schon Mitte August 2010 veröffentlicht. Rund 365 Millionen Euro beträgt das Heilmittelausgabenvolumen für 2010 und liefert damit einen komfortablen Verordnungspuffer für die niedersächsischen Therapeuten und Ärzte.

Und wieder gilt in Niedersachsen die Regel: Richtgrößenprüfungen finden für 2010 im Bereich der Heilmittel nicht statt, wenn die Ärzte zusammen das Heilmittelausgabenvolumen unterschreiten. Eine vergleichsweise einfache Übung, denn die Heilmittelausgaben in 2009 betrugen lediglich 343 Millionen Euro und blieben damit schon 3,3 Prozent unter dem vereinbarten Heilmittelausgabenvolumen.

Praxisbesonderheiten wurden ebenfalls vereinbart, und zwar für folgende Fälle:

- ET und Logo: Pflegestufe I bis III bei Kindern und bei Kindern in teilstationären Einrichtungen oder Sprachheilkindergärten
- PT: Pflegestufe I bis III bei Kindern und bei Kindern in teilstationären Einrichtungen
- ET, Logo und PT: bei schweren neurologischen Erkrankungen, wie Parkinson, MS und Apoplex
- PT: Krankengymnastik für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen
- PT: Lymphdrainage bei aufgrund onkologischer Behandlung entstandenen Lymphabfluss-Störungen

Ganz konkret: Da das Rundschreiben der KV mit den neuen Richtgrößen mitten im Urlaubsmonat August verschickt worden ist und damit zeitgleich auch die Arzneimittelrichtgrößen verkündet wurden, könnte es passieren, dass einige Ärzte die neuen Heilmittelrichtgrößen schlicht übersehen. Deswegen ist es umso wichtiger, dass alle Praxisinhaber ihre Ärzte ausdrücklich auf die erhöhten Richtgrößen aufmerksam machen, die Praxisbesonderheiten gut kennen lernen und Ärzte im konkreten Fall im Behandlungsbericht darauf hinweisen. Außerdem sollten alle Ärzte darüber informiert werden, dass es „prüfungsfrei“ gibt, selbst wenn sie in 2010 mehr verordnen als in 2009.

(bu)

Alle Richtgrößen, die Richtgrößenkalkulationstabelle, alle Vereinbarungen und Verträge finden Sie wie immer im Internet unter www.heilmittel-regress.de.

Physiotherapie macht depressive Mütter munter

Abstract im Internet unter: http://ptjournal.apta.org/cgi/content/short/90/3/348

Bewegung unter Anleitung von Physiotherapeuten schützt Mütter nach der Geburt vor einem Stimmungstief und kann das Risiko einer postnatalen Depression senken. Das ist das Ergebnis einer australischen Studie, die in der Zeitschrift „Physical Therapy", dem wissenschaftlichen Journal der American Physical Therapy Association veröffentlicht wurde.

An der weltweit ersten Studie dieser Art hatten 161 werdende Mütter teilgenommen, die vor der Geburt ihrer Kinder nicht an Depressionen litten. 62 Frauen nahmen an einem achtwöchigen „Mütter – Baby – Programm" teil, das aus speziell auf Mütter und Babies abgestimmten Sportübungen mit einer Physiotherapeutin und einer 30-minütigen Schulung für die jungen Mütter bestand. 73 Frauen erhielten nur schriftliches Schulungsmaterial, 26 Frauen machten weder Sport noch eine Schulung.

„Unsere Ergebnisse zeigten deutliche Verbesserungen des seelischen Wohlbefindens im Vergleich zur Kontrollgruppe", berichtete Studienleiterin Emily Norman von der Abteilung Physiotherapie der University of Melbourne. Die Anzahl der Mütter mit einem erhöhten Risiko zur postnatalen Depression sei um die Hälfte gesunken. Dieser positive Effekt habe auch noch einen Monat nach Kursende angehalten.

Weltweit leiden 13 Prozent aller jungen Mütter nach der Geburt an Stimmungsschwankungen, meist in den ersten drei Monaten. Diese können aber bis zu einem Jahr andauern. *(ks)*

Gute Noten für die Gesundheit

Die meisten Deutschen erfreuen sich guter Gesundheit. In einer Umfrage des Robert Koch-Instituts schätzten 68 Prozent der Frauen und 73 Prozent der Männer ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Dennoch sei jeder Zehnte durch Krankheit gesundheitlich eingeschränkt, heißt es in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009".

Service: Die Gesundheitsdaten sind als Gesamtveröffentlichung mit dem Titel „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland 2009" unter www.rki.de abrufbar.

Für die GEDA-Studie hatte das Robert Koch-Institut (RKI) zwischen Juli 2008 und Juni 2009 21.262 Frauen und Männer ab 18 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrer Lebenssituation telefonisch befragt. Während mehr als zwei Drittel der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzten, bewertete knapp ein Drittel diesen als eher mittelmäßig oder schlecht. Dabei schätzten Menschen mit niedrigem Bildungsstand ihre Gesundheit in der Regel seltener als sehr gut oder gut ein verglichen mit denjenigen mit mittlerer oder guter Bildung.

Gesundheit – eine Frage des Alters

Gesundheit sei auch eine Frage des Alters, heißt es weiter. So gebe es ab dem Alter von 45 Jahren häufiger Gesundheitsprobleme, etwa bei chronischen Erkrankungen, unter denen zwei Fünftel aller Befragten leiden – Frauen seien häufiger betroffen als Männer. Bei den unter 30-Jährigen sank aber der Anteil der chronisch Kranken seit der letzten Erhebung von 2003 bei Frauen um fast acht, bei Männern um gut vier Prozentpunkte. Gestiegen sei dagegen die Zahl der Asthmapatienten in allen Altersgruppen, bei Diabetes bei Menschen über 65 Jahren: Jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann sei zuckerkrank. Bei Arthrose sei der Anteil bei älteren Frauen um sechs Prozentpunkte gestiegen.

Jeder Fünfte betreibt regelmäßig Sport

Die guten Nachrichten: Im Vergleich zu 2003 gibt es in Deutschland weniger Raucher und mehr sportlich Aktive, deren Anteil nahm um vier Prozentpunkte zu, berichtet das RKI. Insgesamt treibe etwa jeder Fünfte zwei bis vier Stunden Sport pro Woche, knapp 23 Prozent sogar mehr als vier Stunden. Allerdings verzichteten auch 36 Prozent ganz auf Sport.

Alle Ergebnisse der GEDA-Studie werden auf dem Public-Health-Kongress „Moderne Medizin" von 21. bis 25. September 2010 in der Charité Berlin vorgestellt. Die Befragung „GEDA 2009" ist Teil des großen RKI-Gesundheitsmonitorings im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und dient der kontinuierlichen Beobachtung von Gesundheit, Risikofaktoren und Krankheiten in der Bevölkerung. *(ks)*

Statistisches Bundesamt

Jeder Fünfte wegen Krankheit in Rente

Mehr als jeder fünfte Arbeitnehmer in Deutschland ist 2008 aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Das teilte das Statistische Bundesamt (Destatis) in Wiesbaden jetzt mit. Am stärksten betroffen seien Berufe mit anstrengender körperlicher Tätigkeit: Fast jeder zweite Hoch- und Tiefbauer ging früher in Rente. Für Therapeuten heißt das: Mehr präventive Konzepte für betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

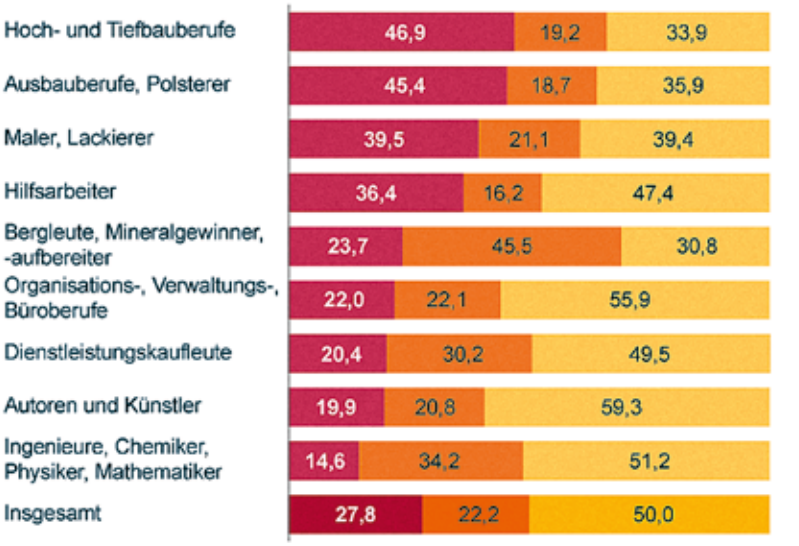
Laut Destatis-Untersuchung zum Übergang älterer Menschen vom Erwerbsleben in den Ruhestand lag 2008 das Durchschnittsalter derjenigen, die in Rente gingen, bei 63,5 Jahren. Wer aber aus gesundheitlichen Gründen seine Erwerbstätigkeit aufgeben musste, tat dies im Schnitt mit 55,1 Jahren.

Betrachtet man alle Personen, die sich 2009 im Ruhestand befanden, so war nur die Hälfte davon regulär wegen ihres Alters in Rente gegangen. Mehr als jeder vierte Arbeitnehmer (27,8 %) sei aus gesundheitlichen Problemen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, mehr als jeder Fünfte (22,2 %) nutzte Vorruhestandsregelung oder ging direkt aus der Arbeitslosigkeit in den Ruhestand, hieß es in der Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes weiter.

Dabei seien einzelne Berufe unterschiedlich stark belastet. Am häufigsten gingen Erwerbstätige aus dem Hoch- und Tiefbau (46,9 %) krankheitsbedingt früher in Rente, gefolgt von Polsterern, Fliesenlegern und anderen Ausbauberufen (45,4 %) sowie Beschäftigten in der Holzbearbeitung (40,5 %). Am seltensten spielten bei Ingenieuren, Mathematikern, Chemikern und Physikern (14,6 %) gesundheitliche Gründe eine Rolle. Relativ niedrig war auch der Anteil bei Berufen im Büro, im kaufmännischen sowie im publizistischen und künstlerischen Bereich: Doch selbst dort schied rund jeder Fünfte wegen gesundheitlicher Probleme vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus. *(ks)*

Ruheständler 2009, Gründe für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

Ausgewählte Berufsabschnitte, in %



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Sturzprävention durch Kampfsport

Senioren sollen sich nicht schonen: Spezielle Falltechniken aus dem Kampfsport können älteren Menschen und Osteoporose-Patienten helfen, ihre Knochen zu schützen. Das ist das Ergebnis einer Studie der Freien Universität Amsterdam, die im Fachmagazin „BMC Research Notes“ veröffentlicht wurde.

Rund 90 Prozent aller Hüftfrakturen werden durch Stürze verursacht, heißt es in der Studie. Schon in früheren Untersuchungen war nachgewiesen worden, dass bewusste Abroll-Techniken aus dem Kampfsport das Risiko von Knochenbrüchen senken. Das Team um Forschungsleiterin Dr. Brenda Groen hat nun gezeigt, dass auch Osteoporose-Patienten diese Techniken problemlos trainieren können, wenn gewisse Vorsichtsmaßnahmen eingehalten werden.

Für die Studie hatten zwölf gesunde Personen zwischen 23 und 44 Jahren unter Anleitung für etwa zwei Stunden Falltechniken des sogenannten „Nijmegen Falls Prevention Program“ aus sitzender und stehender Position trainiert. Dabei ging es um Abrollen, Kopfschutz durch Kinnabsenken und Abfedern des Falls durch die Arme.

„Basierend auf unseren Ergebnissen gehen wir davon aus, dass das Training von Falltechniken sicher für Menschen mit Osteoporose ist“, so das Fazit der Forscherin, „wenn sie einen Hüftschutz tragen, die Fall-Übungen auf einer dicken Matte ausführen und Stürze nach vorne aus einer stehenden Position vermeiden.“ *(ks)*

Kostenloses Abstract im Internet unter http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873348/

Hypochonder gesucht

Auch Therapeuten kennen diesen Patienten: der Hypochonder. Er hat Angst krank zu werden, neigt dazu, seine Umgebung nach bedrohlichen Reizen abzusuchen und wird schlussendlich wirklich krank. Wissenschaftler der Johannes Gutenberg Universität Mainz wollen dem Phänomen „Krankheitsangst" auf den Grund gehen und suchen Teilnehmer für eine Studie.

Die Mainzer Psychologen haben nachgewiesen, dass Hypochonder beim Lösen einer Computeraufgabe durch die Themen „Krankheit und Tod" stärker abgelenkt werden als gesunde Menschen. Durch eine kognitive Verhaltenstherapie ließen sich solche Aufmerksamkeitsverzerrungen auflösen und das Befinden der Betroffenen verbessern. Das Psychologische Institut bietet seit nunmehr sechs Jahren eine solche Therapie gegen die Krankheitsangst an – mit gutem Erfolg, so die Pressemitteilung der Uni.

Eine weitere wissenschaftliche Studie soll nun den Ursachen für die Entstehung von Hypochondrie nachgehen. Dazu suchen die Mainzer Forscher unter der Leitung von Dr. Michael Witthöft Menschen, die unter Krankheitsängsten leiden und die an der computergestützten Untersuchung der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Vorgänge teilnehmen möchten. *(ks)*

Kontakt: Interessenten melden sich bei
Dipl.-Psych. Maribel Kölpin und
Dipl.-Psych. Susann Krautwurst
Tel.: 06131 – 39 – 39204
E-Mail: koelpin@uni-mainz.de
www.klinische-psychologie-mainz.de

Radfahren, Schwimmen, Joggen

Sport treiben für die Figur

Trotz regelmäßigen Sports keine Traumfigur: Etwa jeder Zweite ist nach einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Marketagent unzufrieden mit seinem eigenen Körpergewicht.

An der Studie hatten 2.012 Deutsche, Österreicher und Schweizer zwischen 14 und 65 Jahren teilgenommen.

Fazit: Die Hälfte der befragten Männer und Frauen wollen ihre Figur verändern, obwohl sie regelmäßig Sport treiben und ihr Body-Mass-Index optimal sei, hieß es weiter. Vier von zehn Befragten konnten den medizinisch empfohlenen BMI-Wert (20 bis 25) vorweisen, wenn auch eher an der oberen Grenze. Dennoch meinte über die Hälfte dieser Personen, abnehmen zu müssen – und zwar im Schnitt um bis zu fünf Kilo.

Am wenigsten zufrieden mit dem eigenen Gewicht seien die Deutschen: 55,7 Prozent der Deutschen ginge es beim Sport besonders um die Figur. Für die Österreicher und Schweizer seien dagegen der Spaß, das allgemeine Wohlbefinden und rein gesundheitliche Überlegungen wichtigere Triebfedern für die sportliche Betätigung.

Knapp 60 Prozent treiben laut Studie das ganze Jahr über regelmäßig Sport, ein Drittel sogar mehrmals pro Woche. Gefragt nach den Sportarten landen länderübergreifend die „Klassiker" wie Radfahren, Schwimmen, Joggen und Wandern/Bergsteigen auf den Spitzenplätzen. *(ks)*

kurz & knapp

Tipps für Eltern mehrsprachig aufwachsender Kinder

+++ Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) hat ein neues Merkblatt für Eltern mit mehrsprachig aufwachsenden Kindern herausgebracht. Darin erhalten Eltern Tipps in deutscher, türkischer und russischer Sprache.

Etwa 19 Prozent der Deutschen habe einen Migrationshintergrund. Das schätzt das Statistische Bundesamt. Für viele Kinder bedeutet das, mit zwei oder mehr Sprachen aufzuwachsen. Besonders Eltern, die Deutsch nicht als Muttersprache haben, benötigten Unterstützung, damit sie ihre Kinder bei dem Erwerb von mehreren Sprachen gut begleiten könnten, erklärt der dbl in einer Pressemitteilung. Aus diesem Grund gibt es nun ein neues Merkblatt in deutscher, türkischer und russischer Sprache, das auf der Internetseite des Verbandes kostenlos heruntergeladen werden kann. *(ko)*

Universitätsklinik Freiburg und Deutsche Rentenversicherung

Präventionsprogramm für Pflegende

FRESH heißt das Präventionsprogramm, das die Universitätsklinik Freiburg in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund jetzt startet, um die rund 2.500 Pflegekräfte der Klinik sowohl körperlich als auch seelisch zu entlasten. Ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung, das sich zum Nachahmen eignet.

Langes Stehen, schweres Heben und ein hohes Arbeitspensum – das sind die typischen Belastungen für Pflegende. Das Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung für Pflegende (FRESH) soll diesen Gesundheitsrisiken der Mitarbeiter entgegenwirken, gab die Uniklinik in einer Pressemitteilung bekannt: In drei Programmphasen werden Ausdauertraining, Bewegungsübungen, Techniken zum Stressabbau, Ernährungstipps und weitere Gesundheitstrainings angeboten. Die Kurse werden von Medizinern, Physiotherapeuten und Ernährungsfachleuten gehalten, die Gesamtleitung liegt bei Dr. Hans-Joachim Leyhausen vom Reha-Zentrum Bad Dürrheim, Klinik Hüttenbühl.

„FRESH zielt dabei auf die Verhältnisprävention“, erläutert Projektleiterin Dr. Johanna Feuchtinger von der Pflegedirektion der Universitätsklinik Freiburg. „Die Mitarbeiter sollen neue Strategien erlernen, sich und ihren Berufsalltag besser zu managen, um den steigenden Anforderungen gewachsen zu sein.“

Finanziert wird das Präventionsprogramm über die DRV Bund. Der erste Kurs mit rund 15 Teilnehmern soll im Januar 2011 starten, ein zweiter soll im Laufe des Jahres folgen. Etwa sieben Wochen nach Kursende, so Dr. Feuchtinger, sei ein vertiefendes Seminar in der Zentralen Physiotherapie der Uniklinik Freiburg geplant.

FRESH sei für die DRV Bund ein Modell für die eigenen Reha-Einrichtungen, meint Jürgen Ritter vom DRV Bund, Grundsatzreferat Rehabilitationsrecht. „Die Belastungen im Arbeitsleben sind so gestiegen, dass wir uns verstärkt dem Thema Prävention zuwenden und uns fragen, was wir für unsere Versicherten tun können.“ In diesem Zusammenhang hat die DRV Bund das Konzept „Betsi“ (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) entwickelt, ein Präventionsprogramm zum Umgang mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz. Ziel des Konzeptes sei die Erprobung entsprechender Leistungen im Rahmen von Modellprojekten. *(ks)*

Kontakt:
Jorun Thoma
Koordinierungsstelle FRESH
Universitätsklinikum Freiburg
Tel.: 0761-270-8497
E-Mail:
fresh@uniklinik-freiburg.de

Bewegte Grundschüler

Die Schüler der Physiotherapieschule Damp zeigten Innovationsgeist. Sie führten mit großem Erfolg in einer Grundschule ein Sportprojekt durch. Nach wie vor ist der Beruf des Physiotherapeuten bei jungen Leuten stark gefragt.

Für den dort im Oktober startenden neuen Ausbildungsjahrgang der Physiotherapieschule Damp hatten sich 170 junge Menschen beworben, zur Verfügung stehen aber nur 31 Ausbildungsplätze. Mehr als die Hälfte der Berufsanfänger strebt einen Bachelorabschluss an, der durch eine Zusammenarbeit der Einrichtung in Damp mit der Kieler Fachhochschule ermöglicht wird. Diese im Jahr 2007 ins Leben gerufene Kooperation ermöglicht einen dualen Ausbildungsgang, der gerade von den ersten sechs Absolventen abgeschlossen wurde.

Die Ausbildungsstätte an der Ostsee hat bislang 956 Staatsexamen von Physiotherapeuten abgenommen. Dozenten sind dort vorwiegend Fachärzte und Physiotherapeuten aus den Kliniken der Damp-Gruppe. In diesem Jahr schafften die insgesamt 21 Absolventen einen Noten-Durchschnitt von 1,9.

Die Absolventen glänzten aber nicht nur mit Noten, sondern auch mit sozialer Kompetenz: Sie hatten während ihrer Ausbildung ein Sport- und Bewegungsprojekt mit einer Dorf-Grundschule im benachbarten Waabs initiiert und umgesetzt, für das keine Mittel bereit gestellt wurden. Im Rahmen des Unterrichts haben sie einmal in der Woche den Sportunterricht der vierten Klasse mit gestaltet, um die Motorik und Fitness der Kinder zu verbessern. Vor dem Start hatten die angehenden Physiotherapeuten Eltern und Lehrer angesprochen und mehrere motorische Tests mit den Kindern durchgeführt. Nach einem Jahr wurden die Tests wiederholt, die Ergebnisse ausgewertet und Eltern und Schülern an die Hand gegeben. Die Schulverwaltung bestätigte den Physiotherapeuten, dass die betreuten Grundschüler bei den Bundesjugendspielen besonders gut abgeschnitten hätten und dass sie dies auf das Projekt zurückführten. „Für unsere Schüler war es eine wichtige Erfahrung, unter Supervisison selbständig Tests durchzuführen, sie auszuwerten und selbständig die Sportstunde zu erstellen. Von jeder Stunde gibt es ein Stundenprotokoll, jede Stunde wurde vorher durchgesprochen. Diese Protokolle haben wir gesammelt und der Lehrkraft der Schule gegeben – so konnten Schwachstellen abgestellt werden“, berichtet Schulleiterin Holla-Dettmer. Sie zog ein positives Fazit: „Wir waren alle begeistert und hatten eine Menge Spaß. Ich sehe dies als win-win-Situation.“. Das Projekt wird nun mit neuen Schülern weitergeführt. *(di)*

Kasseler Stottertherapie und BARMER GEK setzen Zusammenarbeit fort

Logopäden als Kooperationspartner gesucht

Das Institut der Kasseler Stottertherapie und die BARMER GEK setzen weiter auf enge Zusammenarbeit und haben im Juli einen Kooperationsvertrag unterzeichnet. Die Krankenkasse wird die Therapiekosten von Kindern ab sechs Jahren übernehmen. Für die ortsnahe Nachsorge der Patienten sucht das Institut jetzt bundesweit Partner, unter anderem auch Logopädenpraxen.

Das Konzept der Kasseler Stottertherapie (KST) basiert auf dem „Precision Fluency-Shaping-Verfahren", in dem die Betroffenen ein neues Sprechmuster trainieren. Dr. Alexander Wolff von Gudenberg und sein Team haben diese Methode durch den Einsatz der Software „flunatic!" weiterentwickelt. Dabei lernen die Patienten in einer 14-tägigen Intensivtherapie ein neues weiches Sprechmuster – ganz überspitzt gesagt: Sie lernen neu sprechen. In Auffrischungskursen nach einem, fünf und zehn Monaten soll das Gelernte gefestigt werden. Neu an dem Konzept ist, dass durch eine Compliance-Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und Patienten die Erfolge auch langfristig überprüft und gesichert werden können. Die Patienten müssen dafür täglich am Computer üben und ihre in einer Logbuchdatei dokumentierten Ergebnisse zuschicken. Dies entspricht dem immer stärker zunehmenden Trend in der Gesundheitspolitik, die Patienten zu mehr Eigenverantwortung zu verpflichten.

Nachgefragt:

Interview mit Dr. Alexander Wolff von Gudenberg, ärztlicher Leiter des Instituts der Kasseler Stottertherapie (KST)

Der Therapiebedarf ist hoch, nach Schätzung der Experten stottert etwa ein Prozent der deutschen Bevölkerung, also 800.000 Menschen.

? *Herr Dr. Wolff von Gudenberg, Sie haben die Kooperation mit der Barmer GEK verlängert. Wie hoch schätzen Sie den Bedarf für eine Stottertherapie in Deutschland ein? Wo liegen die Ursachen des Stotterns?*

Der Therapiebedarf ist hoch. Nach Schätzung der Experten stottert etwa ein Prozent der deutschen Bevölkerung, also 800.000 Menschen, darunter etwa 130.00 Kinder und Jugendliche. Bei der Ursachenforschung sind sich die Wissenschaftler inzwischen weitgehend einig, dass die Redefluss-Störung ein neurologisches Problem mit starker genetischer Komponente ist und auf fehlerhaften Nervenverbindungen zwischen verschiedenen Hirnarealen beruht, die an der Sprachplanung und Sprechdurchführung mitwirken.

? *Wie wirkt sich Ihre Methode auf den Sprechfluss aus?*

Eine komplette Heilung des Stotterns ist jenseits des Vorschulalters unwahrscheinlich. Heilungsversprechen sollte man als Betroffener mit großer Skepsis begegnen. Meist ist so ein Angebot unseriös. Die besten Heilungschancen können bei Kindern im Vorschulalter erzielt werden, auch wenn viele Logopäden lange der Ansicht waren, man solle mit der Therapie nicht zu früh beginnen. Aus diesem Grund haben wir auch

1999 hat der 50-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin, Stimm- und Sprachstörungen das Institut in Kassel gegründet. Selbst Betroffener hatte er zahlreiche Therapien hinter sich – mit ausbleibendem Erfolg. 1987 lernte er während eines einjährigen Promotionsstipendiums in den USA das „Precision Fluency-Shaping-Konzept“ kennen. Es überzeugte ihn und wurde die Grundlage seiner Arbeit. Begonnen haben sie zu zweit, inzwischen sind im Institut 30 Mitarbeiter beschäftigt, darunter 15 Therapeuten. Die Anfangsprobleme kennen alle: Kein Geld, keine Zulassung von den Krankenkassen usw. Aber Dr. Wolff von Gudenberg schaffte es – vom Selbsthilfeprojekt zur Kassenleistung!

Und auch für die Zukunft werden Pläne geschmiedet: Um die ortsnahe Versorgung mit KST auszubauen, finden im Oktober erste Kurse in Berlin statt. Dafür sucht das Institut u.a. Logopädenpraxen als Kooperationspartner. *(ks)*

Kontakt: Institut der Kasseler Stottertherapie Habichtshof
Feriendorfstraße 1, 34308 Bad Emstal OT Sand
Telefon: (05624) 921-0, E-Mail: info@kasseler-stottertherapie.de

2009 gemeinsam mit der Barmer GEK die Pilotstudie „FranKa“ (Frankfurt-Kasseler-Konzept der KST) begonnen, einer einwöchigen Intensivtherapie für Sechs- bis Neunjährige unter Einbeziehung eines Elternteils. Die Eltern werden dabei nicht nur umfassend informiert, sondern auch als Co-Therapeut ausgebildet.

? Gibt es langfristige Verbesserungen?

Jährlich absolvieren etwa 200 Betroffene unsere Therapiekurse, die sich an drei Altersgruppen richtet. (6 bis 9-Jährige, Kinder zwischen 9 und 12 Jahren und Jugendliche und Erwachsene ab 13 Jahren). In Langzeitstudien der Universität Kassel hat sich gezeigt, dass etwa zwei Drittel unserer Patienten auch nach drei Jahren noch erheblich flüssiger sprachen als zuvor und das Stottern dauerhaft um rund 70 Prozent reduzierten. Sie steigerten ihr Sprechtempo und konnten ihre Sprechängste abbauen.

? Das Institut der Kasseler Stottertherapie bietet auch Fortbildungen für Sprachtherapeuten an. Wie sind diese Seminare aufgebaut und wie groß ist die Nachfrage?

Seit 2005 bieten wir die Fortbildung „Kasseler Stottertherapie in der Praxis“ (KIP) für Sprachtherapeuten an. Sie richtet sich an Logopäden, die als Nachsorgeangebot der KST diese neue Therapieform auch in ihrer Praxis umsetzen wollen. In zwei aufeinander aufbauenden zweitägigen Seminaren lernen sie das KST-Konzept und die Software kennen und werden mit der Datenerhebung für die Langzeitevaluation vertraut gemacht. Etwa 60 Sprachtherapeuten haben bislang diese anerkannte Fortbildungschance genutzt. Wer unsere Arbeit mal kennenlernen möchte, kann auch jederzeit kostenlos einen Tag in einem laufenden Kurs hospitieren.

? Um ihre ortsnahe Versorgung auszubauen, sind Sie auf der Suche nach Kooperationspartnern, also auch Logopädenpraxen. Welche Voraussetzung muss ein Kooperationspartner erfüllen, um bei der KST mitwirken zu können?

Die Anfragen nach ortsnaher Versorgung mit der KST haben wir zum Anlass genommen, ab diesem Oktober auch regelmäßig Kurse in Berlin anzubieten. Andere Standorte sollen folgen. Dafür brauchen wir die Mitarbeit von Fachärzten für HNO bzw. Phoniatrie für die ärztliche Diagnostik, aber auch Logopäden für die Therapie und Datenerhebung im Rahmen der nachfolgenden Langzeitevaluation. Voraussetzung für eine freie Mitarbeit in einem Kurs der KST ist neben der abgeschlossenen Ausbildung als Logopäde eine erfolgreiche Teilnahme an einem Ausbildungsseminar wie KIP. Mit dieser Zusatzqualifikation schaffen wir für den Therapeuten neue Erwerbsmöglichkeiten – entweder als Institutsangestellter in Kassel oder als freier Mitarbeiter in der ortsnahen Versorgung. Die Erfahrung bisher zeigt, dass ein dauerhaftes Mitwirken in der KST realistischer ist, wenn der Therapeut in seinem Arbeitsalltag bleibt und zusätzlich KST-Kurse betreut. Dabei wird ihm immer ein erfahrener KST-Therapeut zur Seite stehen, um auch unsere Qualitätsstandards zu sichern.

Marketingaktion

Heilmittelpraxis organisiert Gesundheitstage

Stadtteile oder einzelne Straßenzüge präsentieren sich den örtlichen Kunden regelmäßig überall in Deutschland mit Festen und Marketingaktionen. Im schleswig-holsteinischen Kiel taten das auch Ende August 40 Geschäftsleute unter dem Motto: „Gesundheitstage in der Holtenauer". Mit dabei war die Physiotherapiepraxis von Alexander Jäger. Er nutzte die Gelegenheit, um neue Kunden für sein Vibrationsgerät zu werben.

Von einem bunten Treiben war in der Holtenauer Straße in Kiel am 26.8.2010 weit und breit nichts zu sehen. Stattdessen regnete es in Strömen. Doch Alexander Jäger, Praxischef von PhysioPlus, blieb gelassen, denn er hatte schon im Vorfeld der Gesundheitstage auf Flyern für ein kostenloses Probetraining auf seinem Vibrationsgerät geworben. Eigentlich wollte er das Gerät an den Gesundheitstagen gut sichtbar vor der Praxis aufstellen. Doch dieses Vorhaben fiel im wahrsten Sinne des Wortes ins Wasser. Obwohl sich die Laufkundschaft an diesem Tag in Grenzen hielt, hatte Jäger jede Menge zu tun. „Ich hatte schon vor Beginn der Aktion telefonische Anmeldungen für das Probetraining aufgrund des Flyers", erzählt der 40-jährige Physiotherapeut.

Mitorganisator als Mitglied der „Holtenauer e.V."

Als Mitglied der Interessengemeinschaft „Die Holtenauer e.V." organisierte Alexander Jäger gemeinsam mit dem Kieler Pflegeverbund e.V. (KPV) die Gesundheitstage. Gegründet wurde „Die Holtenauer e.V." vor etwa 15 Jahren mit dem Ziel, die Attraktivität der Kieler Einkaufsstraße durch gemeinsame Aktionen zu erhöhen. Inzwischen hat der Verein knapp 150 Mitglieder, eine „bunte Mischung aus Geschäftsleuten, Freiberuflern und anderen Institutionen", erklärt Projektleiterin Andrea Hake. Für einen Jahresbeitrag von rund 450 Euro (bei einem Jahresumsatz unter 250.000 Euro) können die Mitglieder unter anderem im gemeinschaftlichen Internet-Auftritt für sich werben oder zu günstigeren Konditionen in Stadtmagazinen wie „KIELerLEBEN" inserieren. Als ein weiteres Bonbon nennt Vereinsvorsitzender Marten Freund die „Workers Card" für Mitarbeiter, mit der es einen Rabatt auf Angebote anderer Mitglieder gibt, beispielsweise eine Massage. „Je besser eine Straße funktioniert, d.h. je bekannter sie wird", so Freund weiter, „desto attraktiver wird sie – sowohl für Geschäftsinhaber wie für unsere Kunden."

Als Mitglied der Interessengemeinschaft „Die Holtenauer e.V." organisierte Alexander Jäger gemeinsam mit dem Kieler Pflegeverbund e.V. (KPV) die Gesundheitstage.

Angebote rund um die Gesundheit

Die aktuelle Marketingaktion „Gesundheitstage in der Holtenauer" präsentierte seinen Besuchern die vielfältigen Aktionen zum Thema Gesundheit. Wer wollte, konnte „eine Shiatsu-Behandlung erhalten, sich in die duftende Welt der Kräuter begeben, sich von Hot Yoga faszinieren lassen, Gesundheitsreisen buchen oder eine Runde Bowling am Computer spielen", kündigte der Verein auf seiner Homepage an. Etwa 40 Geschäftsleute der Holtenauer Straße nahmen mit Veranstaltungen zum Thema Gesundheit, Wellness und Fitness teil, vom Altenzentrum über Apotheken, Fitness-Studios, einer Naturheilpraxis bis hin zum Sanitätshaus und Schlemmermarkt. Sonderaktionen wie die „Gesundheitstage" sind in dem Mitgliedsbeitrag der Interessengemeinschaft nicht enthalten. Physiotherapeut Alexander Jäger musste sich wie die anderen teilnehmenden Mitglieder an den Gesamtkosten von 10.000 Euro beteiligen. Rückblickend hat sich der Aufwand für den Praxisinhaber gelohnt. Er ist überzeugt, dass einige der Gesundheitstage-Besucher wiederkommen und auf seinem Vibrationsgerät trainieren werden.

Positive Resonanz der Marketingaktion

Von der Resonanz auf die „Gesundheitstage in der Holtenauer" ist Alexander Jäger angenehm überrascht. Schon am ersten Tag hätten acht bis zehn Personen das Probetraining genutzt, und einige seien so begeistert gewesen, dass sie auch in Zukunft auf dem Vibrationsgerät trainieren wollen, freut sich der Physiotherapeut. Für ihn steht fest: Er wird auch beim nächsten Mal dabei sein, wenn es wieder heißt „Gesundheitstage in der Holtenauer". Ob dies bereits im kommenden Jahr sein wird, bleibt abzuwarten... *(ks)*

Kredite schnell und günstig

Finanzierung ohne Bank

Man kann Geld anlegen und Geld verleihen, ohne sich an eine Bank zu wenden. Online-Kreditbörsen gibt es in USA und England schon seit einigen Jahren, jetzt finden auch deutsche Ableger wie smava oder auxmoney Zulauf.

Sie brauchen Geld für einen Umbau Ihrer Praxis oder für eine private Anschaffung? Oder sind Sie mit der Rendite für Ihr angelegtes Geld auf der Bank nicht mehr zufrieden? In beiden Fällen sollten Sie prüfen, ob eine Online-Kreditbörse eine Alternative für Sie darstellt.
So funktioniert das System, dargestellt am Beispiel smava (steht für „smart value") in Kurzform: Wer einen Kredit benötigt, beschreibt bei smava sein Projekt und den Zins, den er dafür zu zahlen bereit ist. Wer als Anleger Thema und Zins verlockend findet, kann ein Gebot von mindestens 250 Euro abgeben. Sobald genügend Gebote mit der Gesamthöhe des benötigten Kapitals zusammengekommen sind, wird der Vorgang abgeschlossen, das Geld überwiesen und die Ratenzahlungen fließen zurück.

eBay für Geld

„Smava ist wie ein eBay für Geld. Anstatt Sachen oder Trödel zu verkaufen, wird bei smava Geld von Mensch zu Mensch vermittelt", beschreibt sich das Unternehmen selbst. smava ist eine GmbH in Berlin, mit Einzelpersonen als Gesellschafter, die namentlich aufgeführt sind. Um Verwechslungen zu vorzubeugen: smava ist keine Bank, sondern bringt nur Anleger und Kreditnehmer zusammen. Ziel ist es, Kosten und Aufwand für alle Teilnehmer zu reduzieren. Während Anleger bei einer Bank keinen Einfluss darauf haben, wie diese mit ihrem Geld arbeitet, entscheiden sie bei smava selbst, für welches Projekt sie Geld zur Verfügung stellen.

Dies haben bislang schon über 10.000 anlegende Privatpersonen getan, außerdem haben rund 3.900 Kreditnehmer seit dem Start im März 2007 davon profitiert. Das vermittelte Kreditvolumen beträgt mehr als 34.000.000 Euro, der Durchschnittskredit liegt bei 8.000 Euro. Smava finanziert sich über eine Umlage, die von Kreditnehmern und -gebern erhoben wird und nach Laufzeit und Betrag gestaffelt ist. Gebühren fallen nur an, wenn eine Vermittlung zustande gekommen ist. Anleger können ab 250 Euro investieren, die maximale Summe beträgt 100.000 Euro. Kredite sind möglich zwischen 1.000 und 50.000 Euro. Voraussetzung für die Teilnahme als Kreditgeber ist ein deutsches Bankkonto und Volljährigkeit. Kreditnehmer müssen die gleichen Bedingungen erfüllen, die im deutschen Bank- und Kreditgewerbe gelten. Kreditnehmer und Anleger erfahren keine persönlichen Daten voneinander und können nicht miteinander in Kontakt treten, Ansprechpartner für beide Seiten ist immer smava.

Genaue Projektbeschreibung wichtig

Wer sich mit smava beschäftigt, wird schnell merken, dass es kaum Wünsche gibt, die hier nicht finanziert werden. Das kann der Umbau einer Physiotherapiepraxis sein, aber auch die Finanzierung eines lange geträumten Wunsches wie die Anschaffung eines Oldtimers. Meist aber brauchen die Kreditnehmer Geld für ganz alltägliche Dinge wie etwa für den Umbau einer Heizungsanlage. Dabei empfiehlt es sich, genau zu beschreiben, wofür das Kapital eingesetzt wird. Anleger tauschen sich in einem Forum aus – hier erfährt man, dass vage Beschreibungen der Projekte nicht gut ankommen.

Online-Kreditbörsen können für Praxisinhaber eine gute Alternative zur Hausbank sein.

Auch bei smava gilt, dass ohne Sicherheit kein Geld verliehen wird. Die Onlinebörse kooperiert eng mit einer deutschen Bank, der Bank für Investments und Wertpapiere (biw). Von den Kreditnehmern werden Identität, Bonität und Kapitaldienstfähigkeit in Zusammenarbeit mit der SCHUFA geprüft. Zugleich bietet ein Anleger-Pool eine zusätzliche Sicherheit – aus jeder Einlage wird nach einem Schlüssel in diesen Pool eingezahlt, um mögliche Ausfälle abdecken zu können. Die Erfahrung zeigt, dass unter dem Strich Kreditnehmer und -geber bessere Konditionen erzielen als bei der Bank – die Zinsen liegen höher als etwa bei Sparbriefen oder Festgeld, aber unter dem, was ein Kredit kosten würde. *(di)*

Weitere Informationen im Internet unter: www.smava.de oder www.auxmoney.com.

Unterwasserlaufband für die Praxis

Wasser marsch, Laufband los

Ein Unterwasserlaufband in der physiotherapeutischen Praxis? Schon bald ist das Realität. Ein Hersteller aus Kiel entwickelt das neue Therapiegerät nun auch für Menschen. Bislang wurden die Laufbänder für die Rehabilitation von Hunden und Pferden produziert.

Gibt es bald auch für Menschen: das Unterwasserlaufband.

Es gibt noch keine Preise für die Anschaffung und für die Abrechnung der Maßnahme. Fest steht aber, dass die tierischen Patienten nach einer Operation von der Hydrotherapie mit Unterwasserlaufbändern profitieren. Denn das Wasser lässt den Körper des Patienten leichter erscheinen. Die Arbeit auf dem Wasserlaufband hilft beim Muskelaufbau und bei der Mobilisierung, ohne die Gelenke übermäßig zu beanspruchen. Durch den Auftrieb des Wassers wirkt nur ein geringer Teil des Körpergewichts auf die Gelenke.

Individuelle Trainingspläne möglich

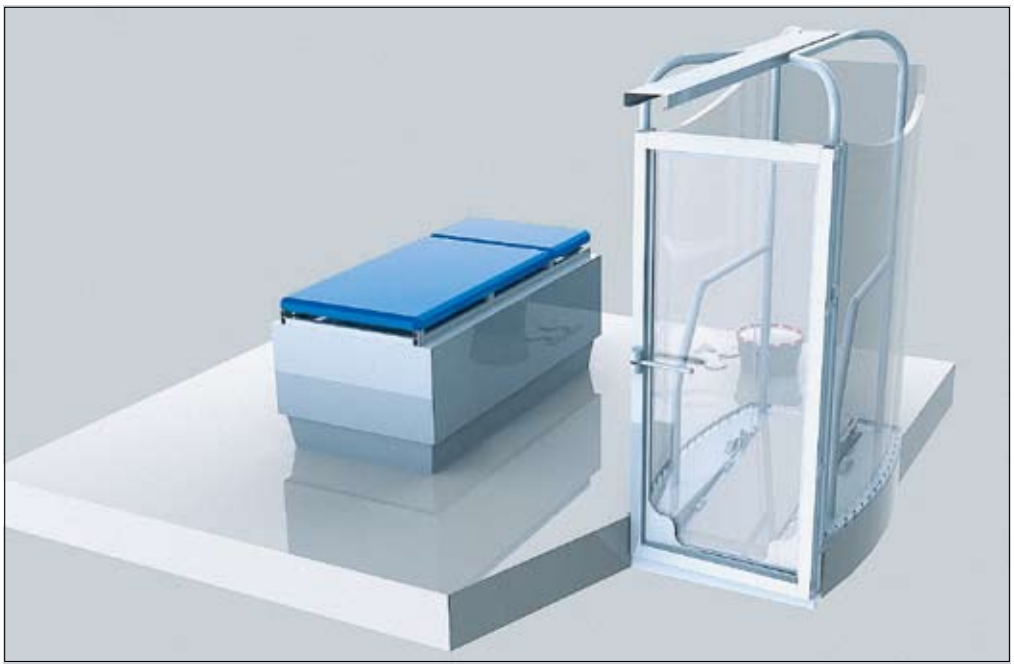
Nach dem gleichen Prinzip funktionieren Bewegungsbäder in der Rehamedizin. Nur: Schwimmbecken benötigen viel Platz und verursachen hohe Energiekosten. Die Wassertemperatur und der Wasserstand lassen sich kurzfristig nicht verändern. Auch eine individuell auf den Patienten abgestimmte Entlastung ist im Schwimmbecken kaum realisierbar.

Das Unternehmen Physio-tech aus Kiel, das bislang Unterwasserlaufbänder für Hunde und Pferde herstellte, will deshalb seine Geräte künftig auch für die Humanmedizin produzieren. Die Entwicklung dieser Geräte wird vom schleswig-holsteinischen Wissenschaftsministerium mit einer sechsstelligen Summe unterstützt.

Platzsparend und gut intergierbar

Das angestrebte Produkt ist eine begehbare Sichtglaskabine, damit das medizinische Personal den Bewegungsablauf des Patienten beobachten und individuell den Trainingseffekt steuern kann. Auch vordefinierte Trainingspläne sollen abgerufen werden können. Mit Hilfe von Sensoren und einer Software soll die individuell für den Patienten gewünschte Gewichtsentlastung gesteuert werden. Weiterer Vorteil ist, laut Mitteilung des Kieler Wissenschaftsministeriums, ein „minimaler Platzbedarf“, das Gerät soll problemlos in Praxen integrierbar sein.

Tierphysiotherapeuten setzen die Geräte des 2002 gegründeten Unternehmens Physio-tech häufig ein. Der nach eigenen Angaben Marktführer bei der Herstellung von tierphysiotherapeutischen Unterwasserlaufbändern in Europa hat auf seiner Homepage die Standorte der Physiotherapeuten, die mit seinen Geräten arbeiten, veröffentlicht. *(di)*



Präventionskurse sprechen das starke Geschlecht nicht an

Zielgruppe „Mann“

„Männer haben´s schwer, nehmen´s leicht“, sang schon Herbert Grönemeyer. Die Gesundheitsvorsorge nehmen Männer besonders leicht: Nur knapp 27 Prozent ließen sich zur Vorsorgeuntersuchung im vergangenen Jahr beim Arzt blicken. Das teilte die DAK jetzt mit. Präventionskurse würden das starke Geschlecht nur wenig ansprechen – spezielle Angebote für die Zielgruppe „Mann“ seien mehr denn je gefragt.

Männer sind die Sorgenkinder der Prävention: Nur etwa jeder Fünfte nutzt entsprechende Angebote der Krankenkassen. „Männer fühlen sich von den Kursangeboten meist nicht angesprochen“, erklärt Martin Kordt von der DAK. Vor Bauch-, Beine-, Po- oder Wirbelsäulengymnastik würden sie flüchten. Da reiche bereits ein Kurstitel wie „Rückengymnastik“. Die zielgruppenspezifische Ansprache fängt also schon beim Kursnamen an. Männer ließen sich durch Titel wie „Training der Rückenmuskulatur“ eher in die Therapiepraxis locken, weiß Kordt. Oder durch spezielle Kurse nur für Männer, um mögliche Schwellenängste zu überwinden: „Der Mann muss das Gefühl haben, dass er unter seinesgleichen ist“.

Motivation ist das A und O

Dass es schwer ist, Männer dauerhaft zur Vorsorge zu bewegen, zeigte sich auch nach der breiten Kampagne der DAK zur Männergesundheit im Jahr 2008. Kurzfristig stiegen die Teilnehmerzahlen auf fast 40 Prozent, so Martin Kordt, „inzwischen sind sie aber wieder auf dem alten Stand“. Der zentrale Punkt der Prävention sei die Motivation, „die zu schaffen und vor allem zu halten, ist das A und O“.

Schon seit einigen Jahren ist das Thema Männergesundheit stärker ins Blickfeld gerückt – nicht unbegründet, denn offenbar überschätzen sich Männer, was ihre Gesundheit angeht: Vier von fünf bezeichneten ihre Gesundheit als gut bis ausgezeichnet, hieß es im DAK-Gesundheitsreport 2008. Dennoch sterben Männer im Schnitt fünfeinhalb Jahre früher als Frauen. Häufigste Todesursache bei Männern wie Frauen sind koronare Herzerkrankungen, allerdings treten sie beim Mann zehn bis 15 Jahre früher auf. An Lungenkrebs und alkoholbedingter Leberkrankheit sterben mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen.

Weglaufen ist nicht

Wer Präventionsangebote für die Zielgruppe „Mann“ entwickeln möchte, der sollte einen Blick in die männliche Berufswelt werfen, empfiehlt die DAK. Zielvorgaben, Strategien, Quartalspläne – mit einem Businessplan Gesundheit können Männer etwas anfangen. Dabei sei es wichtig, konkrete Ziele vorzugeben, also zum Beispiel 30 Minuten Joggen, ohne außer Atmen zu geraten. Auch eine Stärken-Schwächen-Analyse kommt gut an. Dabei ist es wichtig, Hindernisse wie Arbeitszeiten, Anfahrt zum Kurs etc. genau im Blick zu haben und „Couch-Vermeidungsstrategien“ zu entwickeln. Denn Männer suchen Prävention ohne Aufwand. „Das ist das große Plus der betrieblichen Gesundheitsförderung“, so Kordt, „präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz haben den Vorteil, dass Männer nicht weggehen können.“

Generell beflügelt das Wort Strategie die Herren der Schöpfung sehr. Deswegen sollte ein Angebot für Männer unbedingt Strategien enthalten, die zu einem langfristigen Erfolg führen.

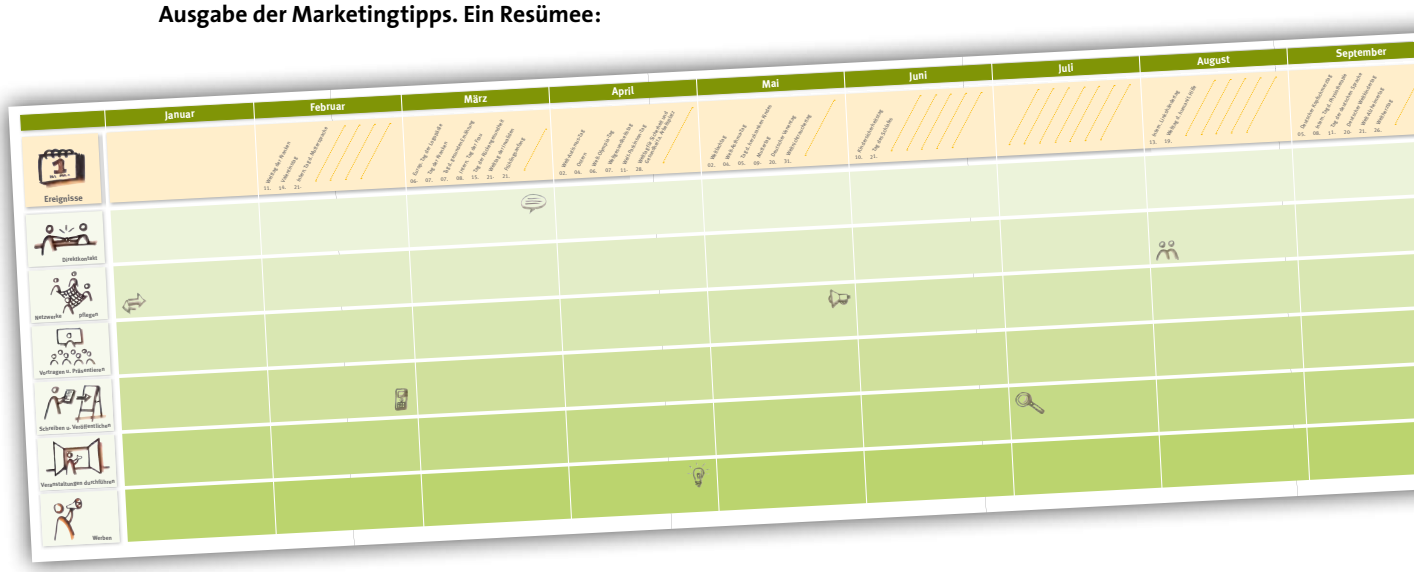
Das starke Geschlecht dauerhaft zu mehr Prävention zu motivieren, wird auch in Zukunft schwierig bleiben, ist der DAK-Experte überzeugt. Hilfreich für Therapeuten sei auf jeden Fall eine gute Kooperation mit den Ärzten, um ihre Präventionsangebote auch für Männer bekannt und attraktiv zu machen. *(ks)*

Konkret: Praxisinhaber, die ihre Präventionsangebote bekannter machen wollen, können den „Weltmännertag“ am 3. November dazu gut nutzen. Tipps und Tricks zum richtigen Marketing lesen Sie in dem Artikel „Männer, Diabetes und Geschenke“ aus der Reihe Marketingplan mit Geling-Garantie.

Marketingplan mit Geling-Garantie

Ein Jahr voller Ideen neigt sich dem Ende

„Werbung planen – jeder weiß, dass man es besser tun sollte. Doch wie so oft, geht der gute Vorsatz schnell verloren.“ Mit diesem Satz starteten wir im Dezember 2009 das Projekt Marketingplan mit Geling-Garantie. 12 Monate – 48 Termine – 6 Marketingstrategien: Das waren die Grundzutaten des ersten Werbe- und Kommunikationsplans für Heilmittelpraxen. Nun neigt das Jahr dem Ende zu und wir präsentieren die letzte Ausgabe der Marketingtipps. Ein Resümee:



Monat für Monat haben wir für Sie Ideen, Beispiele und Tipps für werberelevante Ereignisse zusammengesucht und Ihnen Anregungen gegeben, wie man als Heilmittelerbinger geschickt und mit wenig Budget erfolgreiche Werbung durchführen kann.

Einige Leser haben angefragt, warum wir im Marketing-Plan empfehlen, sich an Gesundheitstagen zu orientieren. Der Grund für diese Empfehlung liegt in den eingeschränkten Marketingmöglichkeiten einer Praxis. Die meisten Praxen haben weder ein besonders Werbebudget, noch die fachlichen Voraussetzungen für erfolgreiche Werbung/Marketing. Zu Gesundheitstagen mit bundes-, oder sogar weltweiter Ausstrahlung ist eine Grundaufmerksamkeit der Medien, der betreffenden Selbsthilfegruppen und möglicher Kooperationspartner gegeben. Die Wahrscheinlichkeit einer Logopädiepraxis, mit einer Aktion am Welttag des Stotterns in die Zeitungen zu kommen, ist um ein Vielfaches größer, als wenn eine vergleichbare Aktion zu einem anderen Zeitpunkt stattfindet. Das gilt bei anderen Gesundheitstagen so auch für Physiotherapie- und Ergotherapiepraxen.

Bei allen Marketingaktivitäten einer Praxis muss die Frage immer lauten: Wer ist der Zielgruppenbesitzer? Wer hat also Zugang zu bzw. Einfluss auf potentiellen Patienten für meine Praxis? Dann wird schnell klar, dass Selbsthilfegruppen auf jeden Fall zu den größeren Zielgruppenbesitzern gehören. Was liegt da näher, als sich über einen thematisch zur Zielgruppe passenden Gesundheitstag der Zielgruppe und den Zielgruppenbesitzern zu nähern!

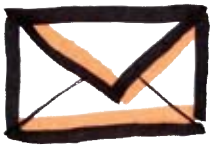
Wer also wissen will, ob sich bestimmte Gesundheitstage für die eigene Praxis als Werbemöglichkeit nutzen lassen, muss lediglich seinen eigenen Patientenstamm untersuchen: Gibt es genug Patienten mit einer entsprechenden Diagnose/Symptomatik? Und – ganz wichtig – möchte ich in meiner Praxis mehr von diesen Patienten behandeln? Wer diese Fragen für sich bei den jeweiligen Themen positiv beantworten kann, liegt mit seiner Öffentlichkeitsarbeit dann genau richtig!

Welche Marketing-Strategien Sie nutzen können, lesen Sie auf der Rückseite des Marketingplans nach. Bei allen Maßnahmen sollten Sie immer Ihre potentiellen Kunden im Auge behalten. Denn jemand, der das erste Mal Heilmittel „kauft“, wird sich bei seiner Entscheidung eher auf seine persönliche Beziehung und das Vertrauen zum Therapeuten verlassen, als auf die ihm unbekannte Qualität der Dienstleistung. Wenn sich Menschen dafür entscheiden sollen, ihre Gesundheit oder ihr Wohlbefinden in die Hände eines Therapeuten zu legen, dann darf der Therapeut keine unbekannte Person sein und es muss bereits Vertrauen entstanden sein. Es ist wichtig, dass der potentielle Kunde den Therapeuten möglichst sympathisch findet und persönlich schätzt. *(ko/bu)*

Es weihnachtet sehr …

Marketingaktivitäten für den Dezember müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Im Dezember gibt es fast keine für Heilmittelerbringer relevanten Gesundheitstage, wenn man vom 3. Dezember, dem Internationalen Tag der Menschen mit Behinderungen absieht. Deshalb haben wir einige Ideen zum allgemeinen Weihnachtsmarketing für Sie zusammengestellt. Zu jedem Punkt gibt es zusätzlich immer eine „Low-Budget-Idee“, die zeigt, dass man auch mit wenig Geld gutes Weihnachtsmarketing machen kann.

Wenn Sie finden, es ist noch viel zu früh, um über Weihnachten überhaupt nachzudenken, dann empfiehlt sich ein Besuch bei Aldi und Co.: Schokoladenbrezeln, Zimtsterne und Weihnachtspunsch liegen griffbereit im Sortiment. Es ist also auch für Sie genau die richtige Zeit, jetzt Ihre Weihnachtsaktivitäten zu planen.



1. Weihnachtsdeko – Soll die Praxis weihnachtlich dekoriert werden? Wenn ja, Dekomaterial vom Vorjahr überprüfen und gegebenenfalls ergänzen. Manche Praxisinhaber überlassen die Dekoration den Mitarbeitern oder gestalten sie mit ihnen zusammen, das fördert Teamgeist und Motivation.

Low-Budget-Idee: Frühzeitig ein Adventsgesteck oder einen Adventskranz von einem benachbarten Blumenhändler in der Praxis aufstellen. Der Blumenhändler darf für die kostenlose Überlassung dieser Deko-Flyer oder Visitenkarten für seinen Laden dazulegen.

2. Adventskalender – Wer glaubt, dass ein Adventskalender nur etwas für Kinder sei, der hat noch nie erlebt, mit welchem Spaß Erwachsene die Türchen öffnen. Adventskalender kann man sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter gestalten.

Low-Budget-Idee: Wenn man nicht jedem Patienten etwas in den Adventskalender legen will, arbeitet man mit Losen. Jeder Patient, der in die Praxis kommt, darf ein Türchen öffnen und ein Los entnehmen. Nur ein Patient pro Tag gewinnt etwas. (Das gilt aber nicht für Kinder!)

3. Arztkontakte pflegen – Weihnachtsgrüße an die Ärzte sollten genau geplant werden. Bei wem wollen Sie sich wie und wofür bedanken? Alles, was so ist wie in den Jahren davor, wird relativ wirkungslos verpuffen. Denken Sie daran, dass eventuell auch andere Kooperationspartner der Ärzte mit Weihnachtspräsenten aufwarten. Heben Sie sich von den Anderen ab und nutzen Sie den Weihnachtsgruß zum Gespräch. Zum Beispiel, indem Sie die Ärzte zum gemeinsamen Tannenbaumschlagen einladen. Oder Sie verschenken Massagegutscheine an die Arzthelferinnen.

Low-Budget-Idee: Schenken Sie der gesamten Arztpraxis einen Adventskalender. Bei dem Inhalt erwartet niemand große Geschenke. Aber jeden Tag freut sich ein Mitarbeiter in der Arztpraxis und denkt an Sie. Nach dem Motto „Mit der Gesundheitsreform hat niemand das große Los gezogen“ können Sie den Kalender zum Beispiel mit Rubbellosen füllen – „Das kleine Los für die Praxis".

4. Weihnachtskarte/-brief – Weihnachten ist immer eine gute Gelegenheit, die Patienten anzuschreiben. Ein Weihnachtsbrief sollte persönlich und hochwertig sein (persönlich unterschreiben!). Ein Brief zu Weihnachten ist etwas persönlicher als ein Brief zum Jahreswechsel. Hat der Brief also eher einen werbenden Charakter, sollte er zum Jahreswechsel geschickt werden.

Low-Budget-Idee: Briefumschläge kann man optisch aufwerten, wenn man die Adresse mit einer schönen Handschrift schreibt. Ergänzend dazu nimmt man die Sondermarken der Post, die aus dem Briefumschlag dann einen sehr persönlichen Gruß machen.

5. Jahreszeitliche Marketingaktionen – Jede Zeitungsredaktion ist immer auf der Suche nach neuen Ideen. Da können Sie etwas bieten: Die Physiotherapiepraxis bietet in einem Einkaufszentrum zum Beispiel Tipps zum „Rückengerechten Weihnachtseinkäufetragen“ an. Die Ergotherapiepraxis macht in einem Küchenstudio mit „Keksebacken als Feinmotoriktraining“ Werbung für die Ergotherapie und die Logopädiepraxis schult in Buchläden Eltern und Kinder im Weihnachtsgeschichtenvorlesen. Über solche oder ähnliche Aktionen präsentieren Sie Ihre Praxis der Öffentlichkeit.

Low-Budget-Idee: Finden Sie Kooperationspartner: Betreiber von Einkaufszentren benötigen immer neue Impulse und sind eventuell sogar bereit, etwas zu zahlen. Auch Krankenkassen könnten Interesse haben, zusammen mit Praxen Ideen umzusetzen. *(bu)*

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Kunden werben Kunden...

up-premium

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
360°-Segeltuchtasche „Tender“

☐ Prämie 2:
Pantone Espressotassen – Set 2009

☐ Prämie 3:
Energie-Sparleuchte „MAULforte“ inkl. Energiespar-Tageslicht-Leuchtmittel

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium“** (ehemals up-unternehmen praxis) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

up-premium plus

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
„Notebook Grill“ – passend zur Grillsaison 2010

☐ Prämie 2:
360°-Segeltuchtasche – „Barkasse Mini“, schickes „Raumwunder“ für Sie und Ihn

☐ Prämie 3:
„Ventilator Otto“ – für eine sanfte Brise auch an heißen Tagen in der Praxis

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium plus“** (ehemals praxiswissen24) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

Neukundenangebot:

☐ Ich möchte **„up-premium“** ab der nächsten Ausgabe zum Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

☐ Ich möchte **„up-premium plus“** ab den kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Das Abonnement ist drei Monate vor dem Vertragsablauf kündbar. Die Vertragslaufzeit beträgt zwölf Monate.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Faxnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-1 35 82 20

buchner

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