02.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Viele Praxen bieten Selbstzahlerleistungen an

Mit dem Umsatz klappt´s noch nicht

Das Thema Selbstzahlerleistungen in Heilmittelpraxen ist nicht wirklich neu, aber der erzielte Umsatz mit solchen Leistungen ist schlecht. Vorsichtige Schätzungen gehen von unter einem Prozent Umsatz mit Selbstzahlerleistungen aus. Dabei ist das Marktpotential groß und der Weg zu mehr Umsatz einfacher als gedacht!

Eigentlich gibt es keinen Anlass, Patienten zusätzlich zur Kasse zu bitten: Das Heilmittelausgabenvolumen der GKV wächst, die Verordnungszurückhaltung der Ärzte wegen Richtgrößen hat sich weitestgehend gelegt, viele Heilmittelpraxen haben sogar Probleme ausreichend qualifizierte Mitarbeiter zu finden, um alle Verordnungen zeitnah abarbeiten zu können.

Alles ist gut?

Nein, irgendwie nicht; betrachten wir die nackten Zahlen: Im Zeitraum von 2000 bis 2009 haben sich Heilmittelpraxen über eine Umsatzsteigerung von mehr als 40 Prozent freuen können – allerdings gibt es nicht viele Praxen, bei denen diese Steigerung auch wirklich angekommen ist, denn im selben Zeitraum hat die Zahl der berufstätigen Therapeuten um 90 Prozent zugelegt. Das heißt weniger Kassenumsatz für jeden einzelnen.

Kein Wunder, dass immer mehr Praxen ihren Patienten Selbstzahlerleistungen anbieten. Also Leistungen, die weder von einer gesetzlichen noch einer privaten Krankenversicherung erstattet werden. Bei Ärzten steht der Begriff „IGeL“ für Selbstzahlerleistungen, das ist eine Abkürzung für Individuelle Gesundheitsleistungen. Mit dem „IGeLn“ haben Ärzte bereits jahrelange Erfahrung gesammelt – und in einigen Bereichen Erfolge verbuchen können. So hat das

Selbstzahlerleistungen sind oft ein Balanceakt für Therapeuten.

Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) gerade eine Studie veröffentlicht, die anhand von Umfragen belegt, dass 28 Prozent aller GKV-Patienten von ihren Ärzten Selbstzahlerleistungen angeboten bekommen. Davon nehmen dreiviertel der Patienten diese Angebote an und bescheren den Ärzten damit einen zusätzlichen Umsatz von immerhin 1,5 Milliarden Euro.

Geld für Gesundheit sitzt locker

Tatsächlich sitzt das Geld der Bevölkerung für die Gesundheit locker: Mehr als 37 Milliarden Euro werden Bundesbürger 2010 privat in ihre Gesundheit investiert haben: Für Zuzahlungen, Medikamente, Praxisgebühr beim Arzt, Heilpraktikerhonorar, kosmetische OPs – und ein wenig – vermutlich ganz wenig für Logopädie, Ergo- und Physiotherapie.

>>>

Aktuell

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie
Nur leichte Veränderungen 8

40 Mio. Euro nicht genutzte Heilmittel in Niedersachen 9

Heilmittelrichtgrößen 2011
Viele KVen haben vorgelegt 10

Schwerpunkt

Darf ich das?
Die „Rechtspflicht“ zur Selbstzahlerleistung 4

Systematisch zum Erfolg
Selbstzahlerleistungen entwickeln 5

Beispiel eines Selbstzahlerleistungs-Konzepts:
„Der Therapeutische Status“ 6

Tipps

Werbe-Ideen für die Praxis
Neue Patienten mit Empfehlungen aus dem Internet gewinnen 18

Serie: Fallbeispiel aus der *up-premium plus* Hotline
Arztkommunikation für Fortgeschrittene 21

Marketingplan mit Geling-Garantie:
Best-Practice Beispiel „Frühlingserwachen“ in Kieler Physiotherapiepraxis 22

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

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

Kommentar

Wo ist die Grenze zwischen Abzocken und Hilfeleistung?

Ist alles, was der Patient selbst zahlen muss, gleich Abzocken? – Nein sicher nicht! Wir leben schließlich in einem Wirtschaftssystem, in dem man von Kind auf lernt: „Was nichts kostet, ist auch nichts wert!“

Doch nicht alles, was Geld kostet, ist aus therapeutischer Sicht auch Geld wert. Im ärztlichen Bereich gilt manchmal eher das Gegenteil: Mit der richtigen Abzockermentalität verkaufen einige Fachärzte ihre Patienten für dumm (siehe Seite 3). Es gibt sogar eine Studie, die belegt, dass Privatpatienten mehr unsinnige Diagnostik erleiden müssen, weil es sich für die behandelnden Ärzte rechnet.

Die Ärzte sind gerade dabei, sich für ihre Selbstzahlerleistungen einen neuen Namen zu geben: „Serviceleistungen“ sollen die IGeL in Zukunft heißen. Genau da findet man die Grenze zwischen ärztlichen Abzockern und therapeutischer Hilfeleistungen: Service muss man in einer Heilmittelpraxis weder extra benennen, noch extra bezahlen! Leistungen werden in den meisten Heilmittelpraxen nur dann angeboten, wenn der Therapeut selbst seinen Angehörigen empfehlen würde, die Leistung in Anspruch zu nehmen.

Das ist der Unterschied zu Abzockern, den jeder Patient sofort versteht!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung S. 1

Dabei gäbe es durchaus gute Gründe, mehr private Ausgaben in Heilmittel zu investieren. Das jedenfalls finden die Patienten, die sich in vielen Praxen oft mehrmals energisch melden müssen, bevor sie die Chance erhalten, Leistungen auf eigenen Rechnung zu beziehen. Praktisch in jeder Praxis haben sich Patienten danach erkundigt, ob eine Fortsetzung der Therapie auf eigene Rechnung möglich sei.

Die Barmer Ersatzkasse hat im vergangenen Jahr kritisch hinterfragt, warum so viele Hüft-TEPs implantiert werden (wir berichteten). Nicht wenige Heilmittelerbringer können davon berichten, wie durch intensive Heilmitteltherapie Operationen aufgeschoben oder verhindert werden konnten. Und Heilmittel haben im Gegensatz zu Medikamenten keine Nebenwirkungen und aktivieren die Selbstheilungskräfte der Patienten. Es gibt also auch medizinisch gute Gründe auf Heilmittel umzusatteln. Bleibt die Frage: Warum werden nicht mehr Selbstzahlerleistungen in Heilmittelpraxen verkauft?

Im Trott der Abhängigkeit

Viele Therapeuten fühlen sich latent abhängig: vom Arzt, von den Krankenkassen, von Patienten – womöglich sogar von ihren Verbänden. Aus Sicht von vielen Therapeuten werden Leistungen nur deshalb an Patienten abgegeben, weil Ärzte – viel zu selten – die Leistung verordnen, weil Krankenkassen verpflichtet sind, die Leistungen zu bezahlen, weil Patienten eben nichts oder nur wenig für die Leistung bezahlen müssen und weil der Verband gesagt hat, ja, das dürft ihr so machen. Das hier entworfene Selbstbild mancher Therapeuten ist sicherlich überzogen, macht aber deutlich, warum es mit dem Selbstzahlerleistungsverkauf nicht so richtig läuft in deutschen Heilmittelpraxen. Denn wer immer der Passive ist, auf Dritte wartet, der fängt nicht plötzlich an Leistungen aktiv zu verkaufen. Wer glaubt, dass Patienten Leistungen nur in Anspruch nehmen, weil die Leistung (fast) nichts kostet, tut sich extrem schwer mit Nutzenargumentation für die eigene Leistung. Wer immer weiß, was man nicht darf und auf Erlaubnis von höheren Mächten wartet, dass man etwas mehr darf, der wird auch in Zukunft keine Selbstzahlerleistungen verkaufen. >>>

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), Björn Schwarz (bj), Nele Mahnken (nm); Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: photocase: cydonna (1); fotolia: Dron (16), F. Pfluegl (17), W. Stapelfeldt (20); A. Türk-Espitalier (14/15), B. Lindemann (22/23)

Deswegen erleben viele Therapeuten die Aufforderung, Selbstzahlerleistungen anzubieten, als unangenehm: Selbst wenn die Notwendigkeit, Zusatzleistungen zu verkaufen vom Mitarbeiter klar bejaht wird, erlaubt das Abhängigkeitsgefühl (...kann/darf ich nicht ...) nicht, entsprechend zu handeln. Kognitive Dissonanz nennen das die Psychologen und der betroffene Mitarbeiter hat eine gute Ausrede parat, um Gefühl und Sachinformation in Einklang zu bringen: „Die Patienten in unserer Region haben leider kein Geld!" – Und dann tritt noch ein bekanntes Phänomen ein, das der selbst erfüllenden Prophezeihung: Wenn ich erst einmal „weiß", dass meine Patienten kein Geld haben, würde ich die Nachfrage eines Patienten nicht einmal bemerken, wenn er mit Vorkasse droht.

Osteopathen machen es vor

Der Schlüssel zum Erfolg liegt also in der (eigenen) Einstellung: Wenn ich vom Nutzen einer Leistung wirklich überzeugt bin, kann ich die Leistung auch verkaufen. Wenn ich sicher bin, dass meine Leistung so wichtig ist, dass Patienten sie selbst bezahlen, dann gibt es auch keine Probleme damit, diese Leistungen zu verkaufen. Wenn ich weiß, dass ich Nutzen bringe, dann bin ich eben auch nicht abhängig, weder von Ärzten, Krankenkassen, Patienten oder Verbänden!

Als Beispiel mögen die Osteopathen dienen, die mehrheitlich überhaupt kein Problem damit haben, für ihre Leistung Geld zu verlangen. Vorteil für die Osteopathie ist, dass diese Leistung niemals eine Kassenleistung war und sich deshalb für die meisten Therapeuten und Patienten gedanklich außerhalb des Sozialversicherungssystems befindet. Deswegen gibt es auch keine Abhängigkeiten – und dann klappt's auch mit dem Verkaufen!

Wer also (mehr) Selbstzahlerleistungen in seiner Praxis verkaufen will, der sollte die mentale Unabhängigkeit seiner Mitarbeiter fördern. Fortbildungen zum Nutzen der einzelnen Selbstzahlerleistungen gehören genauso zum Programm, wie eine saubere Abgrenzung zu Kassenleistungen und Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Dazu passt die Beschäftigung mit dem Anti-Verkäufer-Syndrom (siehe Box Seite 4) und sinnvolle Regeln, die dafür sorgen, dass Patienten rechtlich und ethisch korrekt behandelt werden (siehe Checkliste Seite 7). *(bu)*

Inhalt

Thema: Selbstzahlerleistung

- Mit dem Umsatz klappt´s noch nicht 1
- Beispiel aus dem ärztlichen Bereich, wie man es nicht machen sollte 3
- Die Rechtspflicht zur Selbstzahlerleistung 4
- Anti-Verkäufer-Syndrom 4
- Selbstzahlerleistungen entwickeln 5
- „Der Therapeutische Status" 6
- Checkliste für korrekte Selbstzahlerangebote in Heilmittelpraxen 7

Beispiel aus dem ärztlichen Bereich, wie man es nicht machen sollte:

In seinem Blog „der-andere-Hausarzt.de" berichtet ein niedersächsischer Arzt über seine Erfahrungen:

„...Ein besonders perfides Beispiel sei an dieser Stelle erwähnt: Ein junger Mann mit schmerzhafter Blockade der Halswirbelsäule will zum Orthopäden. Bis er telefonisch einen Facharzt erreicht hat, der ihn halbwegs zeitnah annimmt, hat er er fünf Telefonate geführt. Bei Nummer fünf darf er zwei Tage später morgens um halb neun erscheinen.

Drei Tage später meldet sich besagter Patient um halb neun morgens in der orthopädischen Praxis, immer noch mit höllischen (seine eigenen Worte) Schmerzen in der HWS. Ihm wird gesagt, dass er mit bis zu einer Stunde Wartezeit zu rechnen hätte. Um 12.45 Uhr wird der Patient nach mehreren Interventionen endlich ins Sprechzimmer gebeten. Der Orthopäde untersucht ihn orientierend (Arztkollegen wissen, was das heißt) und stellt mit dem Brustton der Überzeugung fest: "Ihren Schmerz kann ich Ihnen in relativ kurzer Zeit nehmen. Drei Sitzungen mit jeweils drei Spritzen. Allerdings bezahlt die Kasse derlei Therapien nicht. Eine Behandlung kostet 50 Euro, macht zusammen 150 Euro. Lesen Sie sich diesen Zettel durch und unterschreiben Sie, wenn Sie einverstanden sind."

Das hört sich hanebüchen an, aber glauben Sie mir: 1. ist es wahr und 2. keine Seltenheit.

Der Patient hat es vorgezogen zu verzichten (allein schon mangels Finanzen), kam zu mir, und ließ sich kostenfreie Schmerzmittel und krankengymnastische Behandlungen rezeptieren. Der Kollege Orthopäde handelt nicht nur im höchsten Maße unärztlich, sein Verhalten erfüllt meines Erachtens den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung und grenzt an Betrug.

Ich sage nicht, dass alle Ärzte so handeln, aber derlei Vorgehen wird gerade unter den Fachärzten immer üblicher. So ruiniert man seinen Ruf und den einer ganzen Berufsgruppe."

Darf ich das?

Die „Rechtspflicht“ zur Selbstzahlerleistung

Darf man Kassenpatienten Selbstzahlerleistungen anbieten? Keine Frage: Dazu ist man als Therapeut geradezu rechtlich verpflichtet! – Glauben Sie nicht? Ein Blick in die einschlägigen Rechtsquellen zeigt warum.

Ein Blick in die jeweiligen Berufsgesetze reicht aus, um zu erkennen, wie breit das Arbeitsgebiet von Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten tatsächlich ist. Was man da nicht alles anbieten könnte!

Doch mit der Kassenzulassung haben die meisten Therapeuten das Gefühl, dass es mit der Freiheit, Angebote vornehmen zu können jetzt vorbei ist. Denn in den Verträgen steht, dass „...weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden...“ dürfen. Das gilt allerdings nur für Zuzahlungen die Kassenleistung betreffend. Außerhalb der eigentlichen Kassenleistung hat jeder Patient das Recht, sich weiter/ergänzende Leistung dazuzukaufen.

Das Sozialgesetzbuch V – Grundlage für das System der GKV – legt in § 12 fest, dass „...Leistungen... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein...“ müssen. Und, ganz wichtig: „...sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Maß des Notwendigen bedeutet dabei, dass wenn bereits geringe Leistungen möglich sind, mehr nicht von der Kasse bezahlt werden darf. Im Klartext: Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, das die Leistungen der GKV die Minimalversorgung sind! Mehr gibt es zu Lasten der GKV nicht.

Nun kann aber jeder Therapeut sofort Leistungen benennen, die im konkreten Fall wirklich sinnvoll sind, nur dummerweise über das Maß der gesetzlich vorgeschriebenen Minimalversorgung hinausgehen. Was bedeutet das eigentlich, wenn ein Therapeut zwar weiß, was einem Patienten die Lebensqualität verbessern würde, es dem Patienten aber nicht verrät?

Im Bürgerlichen Gesetzbuch, § 323c steht unter der Überschrift „Unterlassene Hilfeleistung“ sinngemäß, dass jemand, der bei Not nicht Hilfe leistet, obwohl ihm das zuzumuten sei, bestraft werden soll. Natürlich ist diese Regelung für ganz andere Fälle gedacht. Aber die Frage ist doch, ob ein Patient, der mit einer Lebensqualitätseinschränkung nicht darauf angewiesen ist, vom Therapeuten alle Therapiemöglichkeiten genannt bekommen soll und zwar unabhängig davon, ob die Krankenkasse zahlt oder nicht!

Fassen wir also zusammen: Das Sozialgesetzbuch erlaubt den Kassen nur, die Minimalversorgung zu bezahlen. Viele Patienten könnten ihre (Not-) Situation mit Leistungen jenseits der Minimalversorgung verbessern. Therapeuten, die Patienten solche Leistungen jenseits der Minimalversorgung nicht aktiv anbieten, begehen zwar nicht im Rechtsinne aber ethisch unterlassene Hilfeleistung!

Die Frage, ob Patienten denn solche Leistungen haben wollen, lässt sich mit einem Blick in die WIdO-Studie beantworten. So wird beispielsweise das Hautkrebsscreening alle zwei Jahre von der GKV bezahlt, doch das ist einigen Patienten nicht genug. Mehr als die Hälfte der Patienten die Hautkrebsscreening als Selbstzahlerleistung in Anspruch genommen haben, sind selbst aktiv auf die Ärzte zugegangen, um diese Leistung zu erhalten. Das heißt, dass Patienten bestimmte Leistungen, die die Kasse nicht mehr zahlt, durchaus bereit sind selbst zu bezahlen. *(bu)*

i Hintergrund

Anti-Verkäufer-Syndrom

Die Angst, es sich mit seinen Patienten zu verscherzen ist bei vielen Therapeuten groß: „Ich bin nicht Therapeut geworden, um zu verkaufen!“ Die Angst, dass Verkaufen wichtiger wird als der Nutzen einer Leistung für den Patienten hält viele Therapeuten davon ab, therapeutische Angebote zu machen, selbst wenn sie von dem Nutzen grundsätzlich überzeugt sind.

Dabei sind Patienten da gar nicht so empfindlich. Die WIdO-Studie hat Patienten unter anderem danach befragt, ob durch das Angebot von Selbstzahlerleistungen das Verhältnis zum Arzt beeinflusst werde. Zwei Drittel der Patienten sahen entweder keine Beeinflussung oder eine Verbesserung des Verhältnisses zum Arzt, nur ein Drittel meinte eine Verschlechterung wahrgenommen zu haben.

Zum Verlust des Vertrauensverhältnisses mit beigetragen hat sicherlich auch die Art und Weise, wie Patienten die Leistungen verkauft werden. Nach der Studie des WIdO haben beispielsweise nicht einmal die Hälfte der Patienten eine Honorarvereinbarung bekommen. Dabei ist gerichtlich geregelt, dass ein Honorar für die Ärzte nur dann fällig ist, wenn es eine schriftliche Zustimmung des Patienten gibt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Regeln für das korrekte Selbstzahlerangebot aufgestellt, viele Ärzte halten sich nicht daran – erstaunlich, das nicht mehr Patienten das Gefühl haben, es würde mehr um das Honorar als um Gesundheit gehen.

Heilmittelerbringer können das deutlich besser. Wer unsere Checkliste (siehe Box Seite 7) in seiner Praxis aushängt, macht deutlich, dass die Gesundheit seiner Patienten im Mittelpunkt der Aktivitäten steht und er bereit ist, dies an klaren Regeln messen zu lassen. Auch „verkaufsunwillige“ Mitarbeiter können so erfahren, dass es dem Praxisinhaber ernst ist mit einem seriösen Selbstzahlerangebot.

Systematisch zum Erfolg

Selbstzahlerleistungen entwickeln

Mit der Einführung von Selbstzahlerleistungen in der Therapiepraxis ist es wie mit der Therapie selber. Nur ein klar strukturierter Ablauf verspricht den gewünschten (Therapie-) Erfolg. Wir geben Ihnen eine Anleitung, worauf Sie achten sollten, wenn die Einführung von Selbstzahlerleistungen genauso erfolgreich sein soll, wie Ihre Therapie.

Was kann ich an Leistungen anbieten?

Sammeln Sie Ideen

Zunächst beginnen Sie mit der Sammlung von Ideen und Anregungen für Selbstzahlerangebote. Fragen Sie Ihre Patienten, Freunde, Bekannte und Familie, was diese sich für ein Angebot wünschen würden. Orientieren Sie sich an Kursangeboten von Fitnessstudios, Volkshochschulen und Sportvereinen. Vielleicht betreiben Sie auch leidenschaftlich gerne ein Hobby, wie zum Beispiel Joggen? Dann kommt die Idee „Laufkurse“ gleich mit in den Ideentopf. Bitten Sie Ihre Mitarbeiter um Ideen und Vorschläge. Nutzen Sie auch die up Rubrik „Konzepte“, in der immer wieder Selbstzahlerleistungen vorgestellt werden.

Fragen Sie Ihre Patienten

Finden Sie im Patientengespräch heraus, welche Alltagsprobleme Ihre Kunden, aber auch deren Partner, Kinder, Eltern oder Freunde haben. Nach jeder Therapieeinheit schreiben Sie und Ihre Mitarbeiter auf Karteikarten auf, von welchen Alltagsproblemen Ihnen berichtet wurde. Alle Karten sammeln Sie in einer Box. Dabei gilt: pro Karte eine Idee. Dopplungen sind dabei nicht nur unproblematisch, sondern explizit gewünscht! Denn, je mehr Karten zum gleichen Thema in der Box sind, desto größer ist der Bedarf hierzu. Nach vier Wochen machen Sie sich daran, die gesammelten Kriterien auszuwerten. Dazu sortieren Sie die verschiedenen Karten in zusammengehörige Gruppen. Jetzt haben Sie einen bunten Strauß an Ideen, zu denen Sie eine Selbstzahlerleistung entwickeln und anbieten können.

Wie entwickele ich eine Leistung?

Machen Sie eine Wettbewerbsanalyse

Führen Sie systematisch eine Analyse der aktuellen und potentiellen Wettbewerber durch. Dabei werden sowohl direkte und indirekte als auch potentielle Wettbewerber identifiziert. Schauen Sie, welche Praxen es in Ihrer Umgebung gibt und welche Leistung diese anbieten. Auch andere Leistungsanbieter wie Personal Trainer, Sportvereine oder Fitnessstudios sollten Sie in die Analyse mit einbeziehen. Listen Sie in einer Wettbewerbsanalyse-Matrix jeden identifizierten Wettbewerber nach festgelegten Kriterien wie beispielsweise Spezialisierung, Preisgefüge und Ruf der Praxis bewertet auf und werten Sie aus, wie erfolgsversprechend das neu entwickelte Konzept ist.

Machen Sie ein Konzept

Legen Sie nun den genauen Inhalt der neuen Leistung fest und beschreiben Sie den Umfang. Auf die Frage „Was hat der Kunde davon?“ muss immer eine konkrete Antwort möglich sein. Ein Beispiel dazu finden Sie auf Seite 6.

Überprüfen Sie Ihre Zielgruppe

Achten Sie darauf, welche Zielgruppe Sie ansprechen wollen und ob diese bereits in Ihrem Patientenstamm vorhanden ist. Es bietet sich immer eher an, eine neue Leistung den vorhandenen Kunden anzubieten als eine neue Leistung neuen Kunden zu verkaufen.

Finden Sie Ihren Preis

Tragen Sie alle relevanten Faktoren für die Preisfindung in eine Exceltabelle ein. Kalkulieren Sie neben Ihrer Zeit für die Durchführung der Behandlung auch eventuelle Fortbildungskosten, Raumkosten, Planungskosten usw. Beantworten Sie dann die Frage: „Welchen Wert hat die Leistung für Ihre Kunden?“ Fragen Sie Ihre Kunden direkt und recherchieren Sie im Internet, welchen Preis andere Anbieter für diese Leistung nehmen.

Wie bewerbe ich die neue Leistung?

Werben Sie in der Praxis

Die einfachste Marketingaktion findet direkt in der Therapie statt. Verpflichten Sie Ihre Mitarbeiter, mit jedem Patienten ein Therapieziel in Alltagssprache des Patienten zu formulieren. Hieraus können Sie direkt ableiten, ob die Ziele im Rahmen der Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden können oder ob es sich um Ziele handelt, die nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entsprechen. Wenn diese Ziele also nicht absolut notwendig sind, heißt es nicht automatisch, dass sie mit Ihnen nicht erreicht werden können. Dafür gibt es schließlich Ihre Selbstzahlerleistungen.

Nutzen Sie den Marketing-Plan mit Gelinggarantie

Überlegen Sie, mit welchen Werbemitteln und Verkaufsmöglichkeiten das Produkt am Markt bekannt gemacht werden soll. Sie können Handzettel in der Umgebung verteilen, Multiplikatoren wie Selbsthilfegruppen nutzen oder die Lokalzeitung informieren.

Feiern Sie

Wenn die neue Leistung ein Erfolg ist, wird diese Innovation selbstverständlich mit dem gesamten Team gefeiert. Erfolg bedeutet, dass die angestrebte Anzahl der Kunden, die man gewinnen wollte, auch tatsächlich die Leistung genutzt hat. *(nm/bj)*

up-premium plus

Die Wettbewerbsmatrix, die Exceltabelle zur Preisfindung, die Formulare für die Markt- und Wettbewerbsrecherche und das „Leipziger Urteil“ (BVerwG Leipzig 2009) können Sie bei der *up-premium plus* Hotline anfordern.

Werfen Sie dazu einen Blick auf den Marketing-Plan. Neben Marketingmethoden finden Sie zahlreiche Anregungen und Anlässe, um die neue Leistung zu bewerben.

Beispiel eines Selbstzahlerleistungs-Konzepts:

„Der Therapeutische Status“

Wer eine Selbstzahlerleistung verkaufen möchte, der sollte sich über alle Aspekte seiner Leistung im Klaren sein. Standardisierte „Leistungsbeschreibungen“ sorgen dafür, dass alle Mitarbeiter wissen, worum es geht. Welche Gliederungspunkte eine solche Leistungsbeschreibung im Detail hat, hängt immer von der konkreten Leistung ab. Wir haben für Sie eine solche Leistungsbeschreibung exemplarisch am Beispiel des „Therapeutischen Status“ erstellt.

Leistungsbeschreibung (worum geht’s?):

Der Therapeutische Status bildet die Voraussetzung, konkrete individuelle Behandlungsziele zu definieren und einen ausführlichen Behandlungsplan zu erstellen. Er kann aber auch unabhängig von einer konkreten Behandlung dazu dienen, Aussagen zur funktionellen Belastbarkeit, dem Entwicklungsstand eines Kindes oder zur Prävention von strukturellen Schädigungen zu liefern.

Die Leistung beinhaltet in der Regel die Anamnese und Analyse des Umfeldes des Patienten, sowie die Beurteilung seiner aktuellen Reaktionsfähigkeit, Belastbarkeit und Motivation. Abhängig vom Störungsbild bzw. der funktionellen Einschränkung werden standardisierte Testverfahren zur differenzierten Erfassung des Störungsbildes durchgeführt.

Die erhobenen Befunde und Daten werden intensiv ausgewertet und auf dieser Grundlage ein Behandlungsplan erstellt. Der Patient, bzw. seine Angehörigen werden bezüglich der Funktionsstörung/Schädigung und der möglichen Therapieinhalte und -ziele beraten. Diese Leistungen werden entsprechend dokumentiert.

Leistungsumfang (was?):

Anamnese:
Ausführliche Erfassung und Auswertung anamnestischer Patientendaten wie Störungsbewusstsein, Leidensdruck, Motivation, Reaktionsfähigkeit, Analyse des psychosozialen Umfeldes und Bewertung der patientenbezogenen Unterlagen.

Testverfahren:
Durchführung der therapeutischen Untersuchung mittels umfangreicher Testverfahren.

Auswertung:
Auswertung der therapeutischen Untersuchung.

Planung:
Erstellung des Behandlungsplanes.

Besprechung/Beratung:
Gespräch mit dem Kunden/Patienten und/oder der Bezugsperson(en), Darstellung des Status, der Therapie-/Interventions-/Trainingsmaßnahmen. Beratung des Kunden/Patienten bzw. seiner Bezugsperson(en). Besprechung des konkreten Maßnahmenplans.

Optional: Gutachen
Optional kann der Kunde/Patient ein schriftliches physiotherapeutischen Gutachten erhalten. Dann verdoppelt sich der Zeitaufwand.

Zielgruppe (Für wen?):
- Privatpatienten, unabhängig vom Krankheitsbild
- Leistungsorientierte Sportler/Patienten
- Institutionen, die Interesse an funktionellen Befunden haben, z.B. Sportmannschaften, ausgewählte Schulen und Betreuungseinrichtungen, Firmen, Sportvereine.

Abgrenzung zu Kassenleistungen (was ist anders?):

1. Zeitfaktor: Diese Leistung dauert bis zu 60 Minuten.
2. Testverfahren: In dieser Leistung können aufgrund der länger Behandlungsdauer mehr Testverfahren eingesetzt werden, um das Ergebnis zu konkretisieren, bzw. können Testverfahren angewandt werden, die im Rahmen eine Kassenleistungen zeitlich nicht möglich sind
3. Nachbesprechung/Beratung: Die Nachbesprechung bzw. Beratung kann aufgrund des größeren Zeitfensters zu einem Therapiecoaching werden. Mehr Zeit zum Zuhören, mehr Zeit auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen.
4. Maßnahmenplanung: Die sich aus dem Status ergebende Maßnahmenplanung kann wesentlich umfangreicher sein und mehrere Aspekte detailliert abdecken, die im Rahmen der knapp kalkulierten Kassenleistung nicht erbracht werden können, z.B. Arbeitsplatz, Freizeitaktivitäten, Vorbereitung auf OPs etc.

Nutzen (was bringt’s?):

- Zuwendung: Mehr Zeit und Aktivitäten
- Verständnis 1: Therapeuten kommunizieren in einer für den Patienten verständlichen Form
- Verständnis 2: Raum für Nachfragen, Zeit für „Verstehen“
- Orientierung: Konkrete Maßnahmen liefern dem Patienten einen roten Faden für sein weiteres Vorgehen
- Unabhängigkeit: Durch den Therapeutischen Status bekommt der Patient eine zweite Meinung (nicht nur vom Arzt), eine andere (therapeutische) Sicht auf seine Situation und kann seinen Zustand und notwendige Aktivitäten besser beurteilen. >>>

Dauer (wie lange?):

Erhebung des Therapeutischen Status, Maßnahmenplanung und Besprechung/Beratung: 60 Minuten, davon mindestens 30 Minuten am Patienten.

Inklusive schriftlichem Gutachten: 120 Minuten, davon mindestens 30 Minuten am Patienten

Preis (wie günstig?):

Therapeutischer Status: untere Preisgrenze sollte bei mindstens 60 Euro liegen (Abhängig von Standort, Ruf, Spezialisierung, Ausbildungsstand des Therapeuten – höherer Preis).

Bei einem optionalen schriftlichen Gutachten sollte der doppelte Betrag berechnet werden.

Abgrenzung zum Wettbewerb (warum hier?):

- Besser als Ärzte: Funktionelle Beurteilung wesentlich ausführlicher und detaillierter – wesentlich mehr Zeit und Zuwendung. Besseres Verständnis der Lebensumstände des Patienten.
- Besser als Fitnessstudios: Qualifizierter, besserer Ausbildungsstand, wissenschaftlich exakter, Anwendung anerkannter Testverfahren, ergebnisoffener, weil der Status nicht zwingend in einem Abo-Vertrag münden muss.
- Besser als Heilpraktiker: Besser spezialisiert auf funktionelle Einschränkungen. Status und Maßnahmen sind besser aufeinander abgestimmt. Mehr Erfahrungen mit funktionellen Einschränkungen. *(bu)*

Konkret: Der „Therapeutische Status" ist eine Leistung, die viele Praxen schon im Programm haben. Logopäden und Kindertherapeuten bieten diesen Status für Kindergarten- und Schulanfang an, Sportvereine lassen ganz Mannschaften funktionell checken, selbst Firmen lassen Mitarbeiter im Rahmen von Gesundheitstagen untersuchen. Je konkreter eine Selbstzahlerleistung in solcher oder ähnlicher Form erklärt wird, desto wahrscheinlicher werden Mitarbeiter diese Leistung aktiv anbieten und Patienten diese Leistung in Anspruch nehmen.

✔ Checkliste

Korrekte Selbstzahlerangebote in Heilmittelpraxen

Ein rechtlich, therapeutisch und ethisch optimales Selbstzahlerangebot bekommen Patienten, die die folgenden Fragen mit „Ja" beantworten können:

1. Hat mir mein Therapeut erklärt, bzw. ist mir aus der laufenden Behandlung heraus klar, warum die Selbstzahlerleistung für meine spezielle gesundheitliche Situation sinnvoll ist?
2. Hat mich mein Therapeut darüber informiert, bzw. ist mir aus der laufenden Behandlung heraus klar, wie gut die wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der Selbstzahlerleistung sind?
3. Fühle ich mich von meinem Therapeuten umfassend und verständlich über den Nutzen und mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Selbstzahlerleistung beraten?
4. Bin ich von meinem Therapeut sachlich, ohne Drängen und ohne anpreisende Werbung informiert worden?
5. Bin ich von meinem Therapeuten über die Kosten informiert worden?
6. Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner Heilmittelpraxis und mir zu geplanten Selbstzahlerleistungen?
7. Habe ich das Gefühl, dass ich mich für oder gegen eine vom Therapeuten vorgeschlagene Selbstzahlerleistung frei entscheiden kann?
8. Habe ich nach der Behandlung eine nachvollziehbare Rechnung erhalten?

Da es bei den Ärzten im Bereich Selbstzahlerleistungen (IGeL) zu teilweise erheblichen Wildwuchs gekommen ist, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusammen mit den Krankenkassen eine Checkliste erstellt, die es Patienten ermöglicht, solche Leistungen kritisch zu überprüfen. *(bu)*

up-premium plus

Für Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden haben wir diese Checkliste hier an den Heilmittelbereich angepasst. *up-premium plus* Kunden können diese Checkliste kostenlos als Poster für Ihre Praxis bei der Hotline (0800-9477360) anfordern.

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie

Nur leichte Veränderungen

Langfristige Verordnungen für Menschen mit dauerhaften schweren Behinderungen können künftig auch über einen Zeitraum von 12 bis 24 Monaten genehmigt werden – Kinder und Jugendliche dürfen wieder außerhalb der Praxis behandelt werden. Der Versuch der Kassenärzte, bestimmte Verordnungen grundsätzlich von der Wirtschaftlichkeitsprüfung auszuschließen, ist allerdings gescheitert. Das alles hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Berlin mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinien beschlossen.

In seiner monatlichen Plenarsitzung hat der G-BA am Donnerstag, den 20. Januar 2011 die Neufassung der Heilmittelrichtlinien beschlossen. Dabei blieben die tatsächlich beschlossenen Änderungen leider deutlich hinter dem ursprünglichen Entwurf zurück. Auch die zahlreichen Änderungsvorschläge der Heilmittelerbringer, die als Bundearbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände eine gemeinschaftliche Stellungnahme abgegeben hatten, wurden überwiegend ignoriert.

Langfristige Genehmigung nur noch einmal im Jahr

Drei Aspekte wurden besonders diskutiert. Da war zum einen die bisherige Regelung, dass auch bei wiederholten, langfristig notwendigen Verordnungen immer wieder eine besondere ärztliche Begründung mit prognostischer Einschätzung des Gesundheitszustandes eingeholt werden musste. Das ist künftig nicht mehr erforderlich, denn bestimmte Patienten können jetzt einen medizinischen „Status“ bekommen, der nur einmal genehmigt werden muss. Diese langfristige Genehmigung soll nun mindestens ein Jahr lang gelten.

Der zweite Aspekt betrifft die Behandlung außerhalb der eigenen Praxisräume. Mit der jetzt wieder geschaffenen Möglichkeit der Heilmittelbehandlung außerhalb der Praxis ohne vorherige Verordnung eines Hausbesuchs (dies kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Regelschule sein) soll der Lebenswirklichkeit behinderter Kinder, Jugendlicher und deren Eltern Rechnung getragen werden, denen es bei ganztägiger Unterbringung in einer Tageseinrichtung nur schwer möglich ist, eine Heilmittelpraxis aufzusuchen. Damit wird die unselige Praxis endlich beseitigt, dass Therapeuten in einer vertragsrechtliche „Grauzone“ in Einrichtungen therapiert haben. „Mit der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie des G-BA wird ein Beitrag dazu geleistet, insbesondere Kindern und Jugendlichen, die unter dauerhaft behandlungsbedürftigen Schädigungen leiden, die Alltagsbewältigung zu erleichtern”, sagte Dr. Rainer Hess, unparteiischer Vorsitzender des G-BA.

Keine Regelung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Allerdings konnte Hess beim dritten strittigen Punkt nicht folgen. Die Kassenärzte hatten versucht, bestimmte Leistungen des Heilmittelkatalogs von vornherein aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen auszuklammern. So hieß es im ursprünglichen Entwurf: „Die Leistungen, für die die Krankenkassen die Genehmigung erteilt, gelten als wirtschaftlich im Sinne der § 12 und 70 SGB V.“ Dieser Passus stieß aber auf den Widerstand des Vorsitzenden, der hier rechtlich keine Chance sieht, das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Heilmittelrichtlinien zu regeln. Solche Regelungen müssten auf Landesebenen zwischen KVen und Kassen geregelt werden, befand Hess und stimmt gemeinsam mit den Krankenkassen gegen die Ärzte. Sehr zum Leidwesen der Patientenvertreter, die sich jetzt fragen, was einem chronisch Kranken Patienten der oben beschriebenen „Status“ nützt, wenn für den Arzt weiterhin unklar ist, ob und in welchem Umfang er für die Verordnung von Heilmitteln haften muss.

Problem bleibt bestehen

Deswegen stimmten die Kassenärzte gegen und erläuterten ihr Vorgehen durch den Vorstand der KBV, Dr. Carl-Heinz Müller: „Das Gremium [G-BA] hat diesen Beschluss [Heilmittelrichtlinie] gegen die Stimmen der KBV verabschiedet. Inhaltlich sind wir für den Beschluss, da es unter anderem um die Versorgung vom Menschen mit dauerhaften schweren Behinderungen geht. Trotzdem haben wir dagegen gestimmt, weil die Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Ärzte bei Langzeitverordnungen bestehen bleibt. Wir haben es mit einer widersinnigen Situation zu tun: Die Krankenkasse genehmigt die Verordnung, doch das wirtschaftliche Risiko bleibt beim Arzt.“ Dieses Problem wird chronisch kranke Patienten und auch alle Heilmittelerbringer wohl noch einige Zeit verfolgen, den mit der jetzt beschlossenen Neufassung hat sich diesbezüglich eben gar nicht geändert.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur rechtlichen Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Vorsitzende Hess rechnet damit, dass sich dieser Prozess nicht lange hinziehen wird, so dass die neue Heilmittelrichtlinie in wenigen Wochen in Kraft treten wird. *(bu)*

GKV veröffentlicht Verordnungszahlen bis zum 3. Quartal 2010

Heilmittelwachstum im Schnitt mehr als 10 Prozent

Im dritten Quartal liegt der Heilmittelumsatz über einer Milliarde Euro. Das Wachstum im Vergleich zum Vorjahr beträgt rund 10 Prozent. Damit dürfte das Jahr 2010 als das umsatzstärkste Jahr überhaupt im Bereich der Heilmittel in die Geschichte eingehen. Doch die Freude fällt regional sehr unterschiedlich aus.

„And the winner is Hamburg!" möchte man fast ausrufen, wenn man sich das Umsatzwachstum bei Heilmitteln in der Hansestadt ansieht: Fast 20 Prozent Wachstum ist schon ein beeindruckendes Ergebnis! Ganz anders dagegen in Baden-Württemberg und im Saarland, wo man sich mit einem Zuwachs von nur 2,3 Prozent die rote Laterne teilt. Dann geht es aber dynamisch weiter: Berlin (+7,8%), Sachsen-Anhalt (+8%), Bayern (+8,3%), Brandenburg (+8,3%) und Thüringen (+8,9%) wachsen um die 8 Prozent. Rheinland-Pfalz (+9,8%) verfehlt knapp die 10 Prozent-Marke. Bremen (+10,8%), Sachsen (+11%), Nordrhein (+11,2%), Mecklenburg-Vorpommern (+11,4%), Hessen (+11,9%), Westfalen-Lippe (+13,5%), Schleswig-Holstein (+15,2%) und Niedersachsen (+17,1%) verzeichnen alle ein deutlich zweistelliges Wachstum.

Auch das Wachstum in den einzelnen Fachgebieten ist sehr unterschiedlich. Podologen wachsen erwartungsgemäß um mehr als 34 Prozent. Hier werden offensichtlich noch deutliche Versorgunglücken geschlossen. Die absoluten Spitzenreiter sind Logopäden und Sprachtherapeuten, die mit einem Umsatzzuwachs von 16,9 Prozent alle Rekorde brechen. Ergotherapeuten müssen sich mit 9,9 Prozent Wachstum zufrieden geben und Physiotherapeuten bilden mit einem Umsatzwachstum von immerhin noch 8,4 Prozent das Schlusslicht.

In allen Daten nicht enthalten sind erneut Heilmittelverordnungen in einem Gesamtwert von rund 100 Millionen Euro. Der Punkt „ohne KV-Zuordnung" war zuerst in den Daten des zweiten Quartals 2010 aufgetaucht (wir berichteten). Diese keiner KV zuzuordnenden Heilmittelverordnungen („nicht lesbar...") werden aber bei der Summenbildung nicht berücksichtigt. Deswegen müsste das Umsatzwachstum eigentlich noch größer sein: Rechnet man die 101 Millionen Euro zu den Heilmittelumsätzen dazu, dann würde man auf ein Umsatzwachstum von über 13 Prozent kommen! *(bu)*

up-premium plus

Auswertungen der Daten für Arztgespräche, z.B. in Form von Grafiken erhalten *up-premium plus* Kunden wie immer kostenlos bei der Hotline (0800-9477360 – gebührenfrei!)

Podologen und Logopäden wachsen überdurchschnittlich

Veränderungen Heilmittelumsatz zum Vorjahr*

Podologie	34,3 %
Logopädie	16,9 %
Ergotherapie	9,9 %
Physiotherapie	8,4 %
Heilmittel gesamt	**9,8 %**

**Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.12.2010 – Bruttoumsätze (inkl. Zuzahlungen)*

40 Mio. Euro nicht genutzte Heilmittel in Niedersachen

Die Ärzte in Niedersachsen haben die mit den Krankenkassen vereinbarten Ausgabenobergrenzen für Arznei- und Heilmittel im Jahr 2009 eingehalten. Deswegen wird es zu keinen Arznei- und Heilmittel-Richtgrößenprüfungen und damit verbundenen Regressen für das Jahr 2009 kommen. Allerdings fordern die Kassen jetzt Absenkungen der Ausgabenvolumina.

Das Thema Heilmittelregress ist in Niedersachsen erwartungsgemäß vom Tisch (wir berichteten). In dem zwischen Kassen und Ärzten vereinbarten Regionalpaket sollten die Heilmittelausgaben den Betrag von 398 Millionen Euro nicht überschreiten und lagen tatsächlich nur bei 358 Millionen Euro. Damit haben die niedersächsischen Ärzte für 40 Millionen Euro Heilmittel nicht verordnet, die ohne Probleme hätten verordnet werden können.

Das Ausgabenvolumen in Niedersachsen wird als Paket bestehend aus Arznei- und Heilmitteln verhandelt. Wird das Gesamtpaket eingehalten, gibt es entsprechend prüfungsfrei für alle niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen.

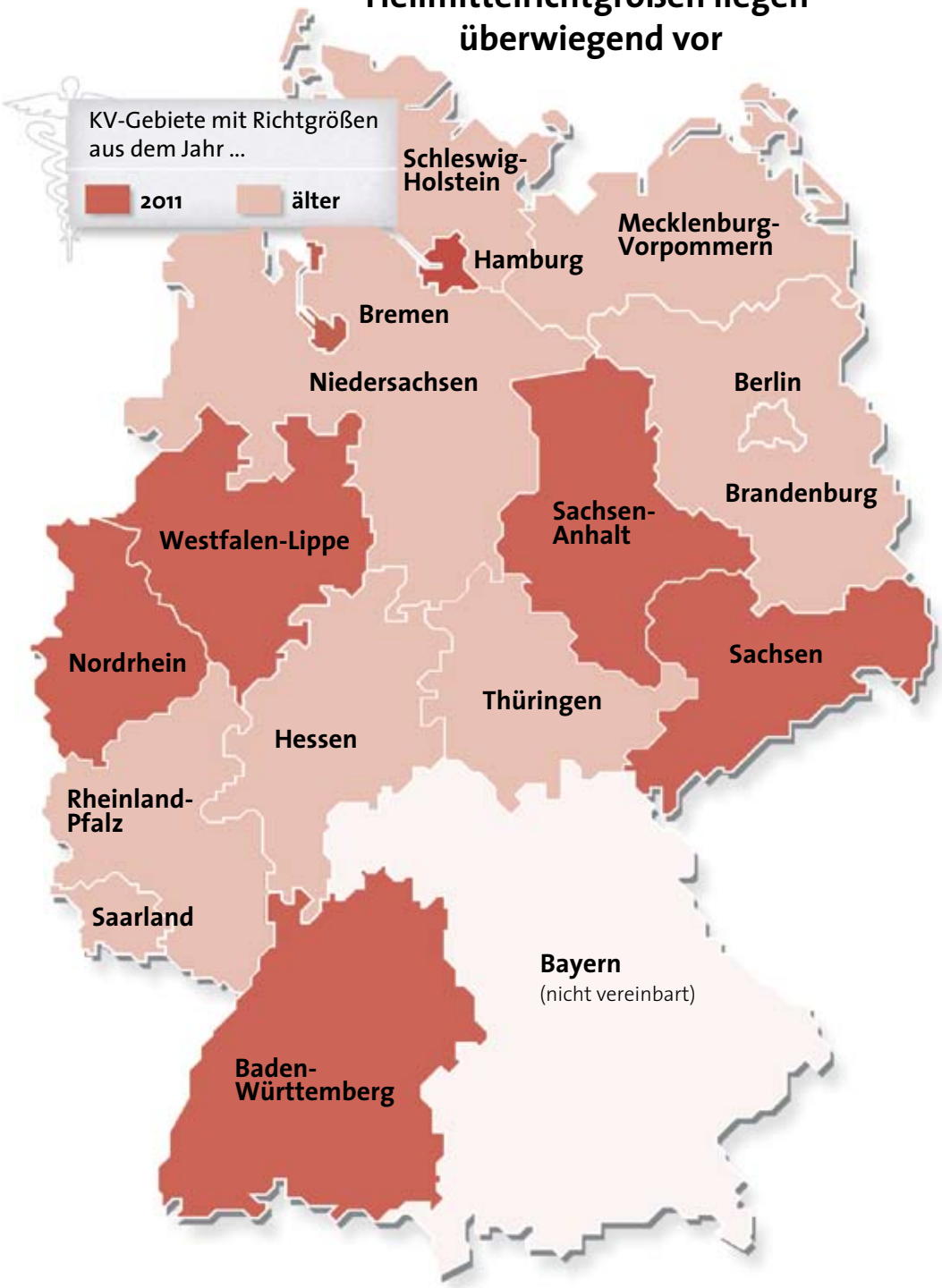
Das Heilmittelausgabenvolumen für das laufende Jahr 2011 liegt noch nicht vor. Bei den aktuellen Verhandlungen über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen für 2011 haben die Krankenkassen vorsorglich eine Absenkung der Ausgaben gefordert. „Dies hat die KVN im Interesse der Patientinnen und Patienten in Niedersachsen abgelehnt", so der KVN-Vize. Man darf gespannt sein, ob die KV Niedersachsen ein Absenken des Arznei- und Heilmittelbudgets wirklich verhindern kann. *(bu)*

Heilmittelrichtgrößen 2011

Viele KVen haben vorgelegt

Für viele der KVen liegen inzwischen Heilmittelrichtgrößen und auch immer umfangreichere Listen mit Praxisbesonderheiten vor, die Ärzte davor schützen, in einen Verordnungsregress genommen zu werden. Nachdem wir schon in der Januar Ausgabe von up über die ersten Richtgrößenvereinbarungen berichten, zeigen wir hier einen Überblick aller KVen, die bis zum 20. Januar 2011 ihre Daten veröffentlicht haben.

Heilmittelrichtgrößen liegen überwiegend vor



Stand: 22. Januar 2011 Quelle: www.heilmittel-regress.de
© unternehmen praxis / infografik.biz

Baden-Württemberg

Die arztindividuellen Heilmittelrichtgrößen in Baden-Württemberg für 2011 sind identisch mit den Richtgrößen 2010. Das hat die KV Baden-Württemberg auf Nachfrage bestätigt. Weiterhin behalten die Vorab-Praxisbesonderheiten ihre Gültigkeit. Damit besteht keine akute Regressgefahr in Baden-Württemberg. Große Zuwächse dürfte es aber im nächsten Jahr ebenfalls nicht geben.

Rechnet man die Heilmittelkosten des 1. Halbjahres 2010 auf das ganze Jahr hoch (584 Mill. Euro), dann dürften die Ärzte in Baden-Württemberg das Heilmittelausgabenvolumen von 584 Mill. Euro genau erreichen. Mit dieser Punktlandung sollte Regressstress im Südwesten Deutschlands zu vermeiden sein. Die Fixierung der Richtgrößen 2011 auf dem Vorjahresniveau wird allerdings dafür sorgen, dass in Baden-Württemberg auch in 2011 keine Umsatzzuwächse zu erwarten sind.

Umso wichtiger ist es, die Ärzte immer wieder auf die Praxisbesonderheiten aufmerksam zu machen, um dafür zu sorgen, dass Budgets zielführend genutzt werden.

Bremen

Auf über 31 Millionen Euro ist das Heilmittelausgabenvolumen in Bremen erhöht worden. Die Richtgrößen wurden entsprechend um rund 3,7 Prozent erhöht. Doch trotz dieser Erhöhung droht Verordnungszurückhaltung, denn die KV lockt mit dem Verzicht auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen, wenn Ärzte die Vorjahresausgaben um 10 Prozent unterschreiten.

Die Bremer Ärzte sind die Vorreiter beim Unterschreiten des Heilmittelausgabenvolumens. Seit drei Jahren in Folge nutzen sie das Budget nicht aus, das ihnen grundsätzlich für die Heilmittelversorgung ihrer Patienten zur Verfügung steht. Das wird auch in 2010 nicht anders werden, denn bis zum Ende des dritten Quartals 2010 waren erst knapp 20 Millionen Euro Budget verordnet – 30 Millionen stehen für das ganz Jahr zur Verfügung.

„Erweiterte Befreiungsregelungen von der Richtgrößenprüfung“ titelt die KV in einer Sonderinformation an ihre Ärzte. Und weiter: „Vertragsärzte, die ihre Verordnungskosten im Jahr 2011 um mindestens 10%-Punkte senken und ihr Budget nach der Absenkung um nicht mehr als 40 v. H. überschreiten, werden von der Richtgrößenprüfung befreit. Ebenfalls von der Richtgrößenprüfung befreit werden Vertragsärzte, die ihre Richtgrößen für 2011 um nicht mehr als 35 v. H. überschreiten und ihre Kosten pro Fall gegenüber dem Vorjahr (2010) nicht steigern.“

Das ist natürlich in erster Linie eine Information für die Arzneimittelrichtgrößen. Trotzdem wird sich der eine oder andere Arzt in Bremen auch im Heilmittelbereich an dieser Regelung orientieren. Deswegen ist es wichtig, die Ärzte über das gestiegenen Heilmittelausgabenvolumen zu informieren und deutlich darauf aufmerksam zu machen, dass in Bremen seit Jahren die Budgets nicht ausgenutzt werden.

Hamburg

In Hamburg können Heilmittelerbringer und verordnende Ärzte dem Jahreswechsel entspannt entgegensehen. Denn die Heilmittelrichtgrößen haben erheblich zugelegt und das Heilmittelausgabenvolumen ist deutlich gewachsen. Die vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten zeigen, dass in Hamburg fast jeder Patient genau die Heilmitteltherapie erhalten kann, die notwendig ist.

Seit Ende 2008 haben sich die KV Hamburg und die Krankenkassen nicht auf neue Heilmittelrichtgrößeneinigen können. Deshalb galten seitdem die alten Richtgrößen aus 2008. Doch nun ist man sich einig geworden und hat sehr regresssichere, vertragliche Rahmenbedingungen für Heilmittelverordnungen geschaffen:

Das Heilmittelausgabenvolumen wächst mit über 99 Millionen Euro um immerhin 39 Prozent. Zum Vergleich: 2009 wurden in Hamburg von den Krankenkassen knapp über 91 Millionen Euro für Heilmittel ausgegeben. Da ist für 2011 also noch ein wenig Luft, obwohl allein in 2010 der Anstieg fast 14 Prozent beträgt.

Die festgelegten Richtgrößen für die einzelnen Facharztgruppen sind sehr deutlich gewachsen: Kinderärzte (+263 Prozent) sind die Spitzenreiter, Internisten legen noch dreistellig zu (bis zu +104 Prozent), Allgemeinmediziner (+48 Prozent/+95 Prozent) bekommen mehr Verordnungssicherheit. Orthopäden sind mit einem Zuwachs von nur knapp über 20 Prozent die Schlusslichter der Fachgruppen mit Heilmittelrichtgrößen.

Die in der Prüfungsvereinbarung festgelegten Vorab-Praxisbesonderheiten gelten nicht nur für die Richtgrößenprüfungen, sondern auch für Ärzte, die nach Durchschnittswerten geprüft werden – in Hamburg sind das zum Beispiel die HNO-Ärzte. Die Liste der Vorabpraxisbesonderheiten ist ausführlich und lang, spezielle Abrechnungsziffern erleichtern den Ärzten die Meldung von Praxisbesonderheiten bei der KV.

Nordrhein

Ärzte im Gebiet der KV Nordrhein können für 15 Millionen Euro mehr im kommenden Jahr Heilmittel verordnen. Als Ausgabenvolumen ist eine Summe von 419 Millionen Euro vorgesehen. Das entspricht einer Steigerung von 3,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. >>>

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

>>> Fortsetzung S. 11

2010 lag das Ausgabenvolumen der KV Nordrhein noch bei 404 Millionen Euro. Würde man die Heilmittelausgaben des ersten Halbjahres 2010 der KV Nordrhein auf das gesamte Jahr hochrechnen, dann bekäme man eine Summe von rund 409 Millionen Euro. Mit der jetzigen Steigerung bleibt für das Jahr 2011 genug Luft, um die Regressangst der verordnenden Ärzte in Grenzen zu halten.

Umgerechnet auf die Richtgrößen der einzelnen Fachgruppen sind zum Teil erhebliche Korrekturen vorgenommen worden, die sich nach Versichertengruppe (AV = Allgemeinversicherte/RV = Rentenversicherte) unterscheiden. Gewinner sind die Chirurgen, die mit +9,6% (AV) den Spitzenplatz besetzen, gefolgt von den Kinderärzten mit +4,11% (AV). Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten können mit jeweils 3,18% (AV) einen schwachen Zuwachs verbuchen, aber müssen im Bereich der Rentner mit –10,4 % deutlich höhere Abschläge hinnehmen. Verlierer sind die fachärztlichen Internisten mit einem Rückgang von –19,26% (AV) und die HNO-Ärzte mit –16% (AV). Wie gehabt, gelten die Vorabpraxisbesonderheiten der KV Nordrhein.

Sachsen

Die KV Sachsen hat bereits die Richtgrößen für 2011 beschlossen. Allerdings liegt noch keine Veröffentlichung vor, da die Verträge sich noch im Unterschriftenverfahren befinden.

Sachsen-Anhalt

Um 6,5 Prozent haben sich in Sachsen-Anhalt die Richtgrößen für die verordnenden Ärzte erhöht. Bei den Praxisbesonderheiten bleibt alles wie in den Vorjahren. Ausreichen wird diese Erhöhung nicht. Zum Ende des dritten Quartals 2010 liegt Sachsen-Anhalt bereits 8,3 Prozent über den Vorjahresausgaben.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

In Sachsen-Anhalt gibt es erneut identische Richtgrößen für Mitglieder, deren Familienangehörige sowie Rentner. Das führt zu einem vergleichsweise ungenauen Richtgrößenbudget der einzelnen Ärzte. Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Sachsen-Anhalt wird es auch in 2011 Vorab-Praxisbesonderheiten für Logopädie, Ergo- und Physiotherapie (gemäß der Anlage 8 der Prüfungsvereinbarung) geben.

Westfalen-Lippe

Um 2,6 Prozent ist das Heilmittelausgabenvolumen auf insgesamt 312 Millionen Euro im Bereich der KV Westfalen-Lippe erhöht worden. Für Überschreitungen im Bereich Ergotherapie und Logopädie wird es im kommenden Jahr erneut keine Regresse geben. Bleibt nur die Hoffnung, dass die Ärzte in Westfalen-Lippe den Spielraum auch wirklich nutzen und Heilmittel endlich leitliniengerecht verordnen.

2009 betrugen die Heilmittelausgaben im Bereich der KV Westfalen-Lippe 279 Millionen Euro, vereinbart waren 297 Millionen. Das entspricht einem nicht genutzten Ausgabenvolumen für 2009 von rund 18 Millionen Euro. Rechnet man die Heilmittelausgaben im 1. Halbjahr 2010 linear auf das Gesamtjahr hoch, dann würden die Ausgaben rund 304 Millionen Euro ausmachen. Das wäre dann exakt der Wert, der zwischen KV und Kassen als Aufgabenvolumen für 2010 vereinbart wurde. Man darf gespannt sein auf das weitere Verordnungsverhalten. An den Rahmenbedingungen liegt es jedenfalls nicht, wenn weniger verordnet wird.

Die Richtgrößen der KV Westfalen-Lippe sind entsprechend um rund 2,6 Prozent erhöht worden. Lediglich HNO-Ärzte (+/– 0 Prozent) und Allgemeinmediziner (+1,2 Prozent) konnten nicht von dieser Erhöhung profitieren. Dagegen freuen sich die Chirurgen über einen satten Zuwachs ihrer Heilmittelrichtgrößen von mehr als 10 Prozent.

Im Vertrag zwischen KV und Kassen wurde weiterhin vereinbart, dass 2011 im Bereich Logopädie/Ergotherapie Kriterien für die standardisierte Erkennung von Praxisbesonderheiten erarbeitet werden. Bis dahin empfehlen die Vertragspartner der Prüfungsstelle, in diesem Bereich ausschließlich Beratungen auszusprechen – sprich keine Regresse vorzunehmen!

Außerdem sollen die Ärzte vor Regressen geschützt werden, indem eine besondere Arbeitsgruppe etabliert wird. Noch bevor der Prüfungsausschuss sich mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Arztes befasst, soll diese Arbeitsgruppe eine Analyse der Heilmittelverordnungssituation beim einzelnen Arzt vornehmen. Durch diese Maßnahme soll die Verordnungssicherheit im Bereich Heilmittel weiter verbessert werden. *(bu)*

Die Chefseite

Lohnkostenerstattung bei kranken Kindern von Mitarbeitern

Wenn die Kinder Ihrer Mitarbeiter erkranken, dann gibt es häufig keine Großmutter oder Tante, die einspringen kann. Das Elternteil muss die Betreuung selbst übernehmen. Als Chef fehlt Ihnen also in dieser Zeit der Umsatz. Sie können aber auf jeden Fall die Mitarbeiterkosten sparen.

Gesetzlich krankenversicherten Mitarbeiter können sich pro Kind zehn Tage im Jahr (insgesamt aber höchstens 25 Tage) unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen. Für diese Zeit zahlt die Krankenkasse Krankengeld in Höhe von ca. 67 Prozent des Nettolohnes, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- das Kind ist noch keine 12 Jahre alt ist
- die Betreuung ist aus ärztlicher Sicht erforderlich
- über die Krankheit wird ein ärztliches Zeugnis vorgelegt
- im Haushalt lebt keine andere Person die das Kind betreuen kann

Allerdings haben Ihre Mitarbeiter auch das Recht, unter Weiterzahlung der Vergütung kurzfristig zur Betreuung der Kinder zu Hause zu bleiben. Hier gilt nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts eine Faustformel von fünf Tagen. Dieses Recht leitet sich aus dem § 616 BGB (Vorübergehende Verhinderung) ab. Als Arbeitgeber können Sie aber erreichen, dass Ihre Mitarbeiter ab dem ersten Tag der Betreuung Krankengeld bekommen. Dazu ist es Ihnen gestattet, den § 616 BGB im Arbeitsvertrag auszuschließen. Bei neuen Arbeitsverträgen können Sie den Ausschluss von Beginn an berücksichtigen, bei bestehenden Arbeitsverhältnissen können Sie mit dem Mitarbeiter einen Nachtrag zum Arbeitsvertrag vereinbaren. *(bj)*

up-premium plus

Als *up-premium plus* Kunde können Sie bei der Hotline den Passus für den Arbeitsvertrag und den Nachtrag anfordern.

Stellenanzeigen richtig formulieren

Neue Mitarbeiter zu finden ist meist zeit- und kostenintensiv. Doch für den richtigen Angestellten lohnt sich die Investition. Praxisinhaber sollten bei ihrer Suche allerdings wichtige Formalien beachten, um unliebsamen Kosten vorzubeugen.

Wer neue Mitarbeiter durch eine Stellenanzeige finden möchte, der sollte beim Anzeigentext besondere Sorgfalt walten lassen. Denn Stellenanzeigen dürfen zum Beispiel nicht gegen eines der im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz genannten Benachteiligungsverbote „Rasse, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexuelle Identität“ verstoßen. Andernfalls kann dies eine Verpflichtung zum Schadensersatz oder zur Zahlung einer angemessenen Entschädigung nach sich ziehen. Praxisinhaber sollten deshalb bereits bei der Formulierung von Stellenanzeigen darauf achten, dass sie keine für eine Benachteiligung sprechenden Angaben enthalten. *(bj)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können das Merkblatt „Formulierungshilfen von Stellenanzeigen“ und eine Musterstellenanzeige bei der Hotline abrufen.

up-premium plus

*Folgende Dateien zu dieser Ausgabe können **up-premium plus**-Kunden exklusiv bei der Hotline abrufen:*

- Die Wettbewerbsmatrix, die Exceltabelle zur Preisfindung, die Formulare für die Markt- und Wettbewerbsrecherche und das „Leipziger Urteil“ (BVerwG Leipzig 2009) zum Thema Selbstzahlerleistung
- Checkliste für Selbstzahlerangebote als Poster für Ihre Praxis
- Auswertungen der Daten GKV 3. Quartal 2010 für Arztgespräche, z.B. in Form von Grafiken
- Passus für den Arbeitsvertrag und Nachtrag
- Merkblatt „Formulierungshilfen von Stellenanzeigen“ und eine Musterstellenanzeige

Cello, Geige, Klavier und Co.

Musiker in Bewegung

Der richtige Ton macht bekanntlich die Musik. Doch beim Musizieren kommt es auch auf Körperhaltung, Atmung und Konzentration an. Hier krankt es bei vielen Musikern. Sie klagen oft über Beschwerden beim Spielen. Diese Klagen kennt die Frankfurter Physiotherapeutin Alexandra Türk-Espitalier nur zu gut. Die Physiotherapeutin hat sich mit ihrer Praxis MOVIMENTO auf die Behandlung von Musikern spezialisiert.

Berufsmusiker werden von Experten oft mit Leistungssportlern verglichen. Während diese aber selbstverständlich ein gezieltes Bewegungs- und Krafttraining absolvieren, kommt das bei vielen Musikern zu kurz. Dabei endet eine Musiker-Karriere nicht mit Mitte 30, sondern dauert in der Regel bis ins hohe Alter – Grund genug also, sich verstärkt um die Musikergesundheit zu kümmern.

40 Prozent Musiker als Patienten

Die Frankfurter Physiotherapeutin Alexandra Türk-Espitalier ist selbst Musikerin. Lange Zeit hatte sie zwischen einem Studium der Medizin oder der Musik geschwankt. Sie entschied sich für die Musik und studierte Querflöte und Klavier an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst (HfMDK) in Frankfurt. Nach ihrem Abschluss machte sie 2001 ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin. Das Interesse für die Musik blieb. Es blieb auch, als sie 2004 ihre Praxis eröffnete, in der sie von Anfang an einen Schwerpunkt auf die Behandlung erkrankter Musiker legte. Etwa 40 Prozent ihrer Patienten seien Musiker, berichtet die 37-jährige Praxisinhaberin. Nicht ohne Stolz fügt sie hinzu, dass sie – gemessen an der Menge der Patienten – unter den Physiotherapeuten in Deutschland eine Spitzenposition einnehme. Aber, so gibt sie zu bedenken, die Musikergesundheit bleibe ein Randgebiet – sowohl in der Medizin als auch in der Physiotherapie.

Auch Hochschule widmet sich der Musikergesundheit

Dennoch ist die Nachfrage für die Behandlung dieser speziellen Zielgruppe vorhanden. Das zeigt auch das jüngste Beispiel, das zweijährige Forschungsprojekt der Hochschule Osnabrück „Physiotherapeutische Intervention bei Musikern (MusikPhysio)“, das unter der Leitung von Professor Dr. Christoph Zalpour im Juli 2010 an der Fakultät WiSo gestartet ist. Schon 2007 hatte die Hochschule mit einer speziellen Sprechstunde für Musiker begonnen. „Das Besondere an der Sprechstunde und dem sich anschließenden Befund des Bewegungs- und Stützapparates ist die Tatsache, dass unsere Physiotherapeuten zugleich selbst Musiker sind und daher die Erfordernisse und Probleme besser einschätzen können“, betont Projektmitarbeiterin Malika Damian, die selbst musikphysiotherapeutische Behandlungen gibt und als Pianistin über Fehlhaltungen bei einem hohen Übungspensum Bescheid weiß. In den letzten zwei Jahren hat das Institut mehr als 2.000 kostenlose Beratungen speziell für Musiker durchgeführt.

Fehlhaltungen beim Klavierspielen vermeiden.

Die Musiker zahlen ihre Therapie zum größten Teil selbst.

„Musiker sind Selbstzahler, denn für ihre intensive Betreuung reichen die von der Kasse vorgeschriebenen 15 bis 20 Minuten nicht aus.

„Mittlerweile besuchen uns Musiker aus der gesamten Region und nehmen das Angebot war", so Damian, die das Projekt wissenschaftlich betreut.

Fehlhaltungen beim Musizieren vermeiden

Auch in die Praxis von Alexandra Türk-Espitalier kommen viele Musiker. Hauptursache der meisten körperlichen Beschwerden sei einerseits das hohe Übungspensum, betont die Fachfrau – besonders Streicher und Pianisten seien betroffen. Andererseits spiele aber auch die Psyche, vor allem beim Lampenfieber, eine große Rolle. Inzwischen kommen ihre Patienten aus ganz Deutschland, um mit Hilfe der Physiotherapeutin Strategien und Techniken für ein gesundes Üben zu entwickeln und Fehlhaltungen beim Spielen zu vermeiden.

„Für eine derart intensive Betreuung reichen allerdings die von der Kasse vorgeschriebenen 15 bis 20 Minuten nicht aus", meint Alexandra Türk-Espitalier und spricht damit das Problem der Wirtschaftlichkeit an. „Von Musikern allein kann keine Praxis leben", die Arbeit mit dem Instrument sei sehr zeitaufwändig, werde aber als Präventionsmaßnahme immer aus der eigenen Tasche bezahlt. Bei akuten Schmerzen dagegen werde die Therapie über eine ärztliche Verordnung nach den allgemeinen Sätzen abgerechnet. Allerdings dauere bei ihr eine Behandlungseinheit generell eine Stunde, unabhängig ob Musiker oder Patient. „Dies liegt im Ermessen jedes Praxisinhabers", ergänzt die Frankfurter Therapeutin, „und natürlich kostet eine längere Therapie mehr und wird von dem Patienten selbst nach der Ortsüblichkeit bezahlt."

Keine speziellen Fortbildungen

Ein Zukunftsmarkt also, auf den sich Therapeuten spezialisieren könnten? Nur bedingt, meint Alexandra Türk-Espitalier, die seit 2003 an ihrer ehemaligen musikalischen Ausbildungsstätte „Musikphysiologie und Physioprophylaxe" lehrt. Erstens gebe es keine speziellen Fortbildungen, „die meisten Mediziner und Physiotherapeuten haben den klassischen Werdegang zum Musiker hinter sich", erklärt sie. Einige Kollegen hätten sich zwar auch ohne Musikstudium auf diesem Gebiet gut eingearbeitet, aber dies sei nicht die Regel. Und zweitens sei es ein großes Missverständnis, dass man sich ein neues Klientel aufbauen könne: „Dazu gibt es einfach nicht genug Musiker!"

Physiotherapeutin Alexandra Türk-Espitalier hat sich auf die Behandlung von Musikern spezialisiert.

Doch die engagierte Therapeutin wird sich weiter der Musikergesundheit widmen. Neben ihrer therapeutischen Arbeit bietet sie Seminare und Workshops an und ist auch als Referentin gefragt. Sie hat bereits einige Präventionsprogramme sowie Bewegungsleitfäden geschrieben, u.a. erschien 2008 ihr Buch „Musiker in Bewegung – 100 Übungen mit und ohne Instrument" (Zimmermann-Verlag 2008, 17,95 Euro)

Künftig vielleicht ein gemeinsamer Studiengang für Musiker und Therapeuten?

Auch die Mitarbeiter der Hochschule Osnabrück denken weiter. Im Zuge der Akademisierung des Physiotherapeuten-Berufs kann sich Malika Damian durchaus vorstellen, dass nach Ablauf des Forschungsprojekts „MusikPhysio" in 2012 über die Einrichtung eines gemeinsamen Studiengangs „Musikphysiologie" für Musiker und Physiotherapeuten nachgedacht werde. Vielleicht eröffnen sich dann auch vermehrt Chancen für musikbegeisterte Therapeuten... *(ks)*

Kontakt: MOVIMENTO Physiotherapie, Mörfelder Landstraße 114, 60598 Frankfurt, Tel.: 069-60627987

Arbeitsrecht im Schneechaos

Wer zahlt für Ausfälle der Angestellten?

Viel Schnee führt zu vielen Ausfällen. Und zwar sowohl auf Seiten der Patienten, als auch auf Seiten der angestellten Therapeuten. Doch wessen Risiko ist es eigentlich, wenn ein Mitarbeiter aufgrund des Wetters die Praxis nicht erreicht? Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat noch einmal die Fakten zusammengestellt.

Mitarbeiter, die ihren Arbeitsplatz aufgrund der Witterung in diesen Tagen nicht oder zu spät erreichen, haben keinen gesetzlichen Anspruch auf Zahlung des Entgelts für diese Zeiten. Das Risiko für die Anfahrt zur Arbeit, das sogenannte Wegerisiko, liegt beim Arbeitnehmer.

Ausnahmen gelten nur dort, wo diese Fälle von „höherer Gewalt“ vereinzelt durch günstigere Regelungen in den Verträgen erfasst sind. Pragmatisch lässt man am einfachsten die Mitarbeiter die ausgefallene Zeit nacharbeiten. Oder die Mitarbeiter nehmen Urlaub für die ausgefallenen Zeiten.

Eine andere Situation liegt vor, wenn Mitarbeiter nicht arbeiten können. Das ist immer dann der Fall, wenn beispielsweise wegen eines Fahrverbots oder wegen eines witterungsbedingten Stromausfalls nicht weitergearbeitet werden kann. Dieses sogenannte Betriebsrisiko trägt der Arbeitgeber, er muss den Lohn weiterzahlen. Das gilt auch dann, wenn z.B. die Patienten aufgrund der Witterung nicht zur Therapie erscheinen.

Praxischefs können aufgrund der aktuellen Witterungsverhältnisse durchaus Überstunden anordnen, um z.B. fehlende Therapeuten zu kompensieren. Hier kann bei den aktuellen Witterungsverhältnissen von einem Notfall ausgegangen werden. Das gilt etwa bei längeren Öffnungszeiten zur Versorgung der Patienten. In solchen Fällen sind die Mitarbeiter sogar zur Leistung von Überstunden verpflichtet.

Praktischer ist es jedoch immer, sich mit seinen Mitarbeitern außerhalb des Arbeitsrechtes darauf zu verständigen, wie durch die Witterung ausgelöste Probleme gemeinsam in den Griff zu bekommen sind – aber nicht ausschließlich auf Kosten des Praxisinhabers.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Basiszinssatz bleibt bei 0,12 Prozent

Die Deutsche Bundesbank hat den Basiszinssatz im Januar 2011 unverändert auf 0,12 Prozent belassen.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) dient vor allem als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen gemäß § 288, Absatz 1 Satz 2 BGB. Daher gilt die seit 2009 bestehende Regelung weiter: Verzugszinsen bei säumigen Zahlern (z.B. Privatpatienten) betragen damit 0,12 + 5 = 5,12 Prozent. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder Firmen) beträgt der Verzugszins 0,12 + 8 = 8,12 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten und Krankenkassen, die mit der Zahlung ihrer Rechnung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen. *(bu)*

Service: Auf Wunsch informiert Sie die Hotline gern, auf welche Formalien Sie achten müssen.

Strichliste als Qualitätsinstrument

Therapieerfolge sichtbar machen

Therapeuten erbringen Tag für Tag Spitzenleistungen. Allerdings sind diese oft nur mit großer Mühe schwarz auf weiß belegbar und werden schon gar nicht öffentlich gemacht. Patienten erfahren also gar nicht, wie gut die Praxis wirklich arbeitet. Das muss nicht so sein und ist mit nur wenig Aufwand zu ändern.

Wer mit dem eigenen Erfolg werben will, der muss ihn messbar machen. Ein erster Schritt dazu ist ein einheitlicher Ablauf der Therapie, der für alle Mitarbeiter gilt. Fester Bestandteil dieses Prozesses ist die Festlegung von Zielen für die Therapie. Sowohl der Therapeut sollte unter Verwendung von Fachbegriffen die Ziele festlegen als auch der Patient in seiner Alltagssprache. Damit diese für die ganze Behandlung immer im Fokus von Therapeut und Patient bleiben, werden sie schriftlich festgehalten. So entsteht neben Messbarkeit auch Transparenz und Vertrauen – der Patient fühlt sich ernst genommen und gut bei dem Therapeuten aufgehoben.

Qualität sichtbar machen

Nach jeder Therapieeinheit bewerten nun Therapeut und Patient gemeinsam, ob sie mit der Behandlung noch auf dem Weg zum Ziel sind. Kommt es zu Abweichungen, wird nach neuen, realistischen Teilzielen gesucht. Ist der Weg der Richtige und das Ziel noch erreichbar, wird die Therapie in der nächsten Behandlungseinheit fortgesetzt. Am Ende der Behandlungsserie wird das Ziel überprüft: wurde es erreicht, oder nicht? Das Ergebnis wird schriftlich in Dokumentation festgehalten.

Die Quote der Behandlungsserien, bei denen die Ziele erreicht werden, ist in den meisten Praxen sehr hoch! Ein echtes Qualitätsmerkmal der Praxis. Wer seine Ziele erreicht hat, sollte das nicht verheimlichen. Ganz im Gegenteil – alle Patienten sollten wissen, wie gut in der Praxis gearbeitet wird. Das ist gar nicht so schwer. Eine Möglichkeit ist zum Beispiel, in der Rezeption ein Plakat aufzuhängen, auf dem ein Balkendiagramm jeden Monat die Anzahl der erreichten Therapieziele darstellt. Schon können alle sehen, wie hoch die Qualität ist. *(bj)*

Konkret: Damit die Auswertung nicht zum ungeliebten Führen von Strichlisten wird, kann die Software *StarkeAkte* Ihnen diese Aufgabe abnehmen. Sie dokumentieren darin direkt die Therapeuten- und Patientenziele. Haben Sie Ihre Ziele erreicht, setzten Sie einfach ein Häkchen. Die Auswertung der erreichten Ziele erfolgt dann auf Knopfdruck. Mit einem Klick stellt Ihnen die Software alle erreichten Ziele dar. So werden Ihre Erfolge mess- und sichtbar. Anschließend übertragen Sie die Daten groß und auffällig auf ein Plakat, das Sie gut sichtbar in der Rezeption aufhängen. Fertig ist ein kleiner aber effektiver Marketingschritt.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

kurz & knapp

Patienteninformation zum Thema „Depression" erschienen +++ Zum Thema „Depression" hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) jetzt eine Kurzinformation für Patienten herausgegeben. Der Ratgeber kann im Internet abgerufen werden. Bis zum 17. April kann diese Fassung kommentiert und Ergänzungen vorschlagen werden.

Depressive Erkrankungen sind sehr verbreitet. Das Bundesgesundheitsministerium nimmt an, dass etwa vier Millionen Deutsche von einer Depression betroffen seien, die Dunkelziffer liege noch höher.

Die jetzt veröffentlichte Patienteninformation basiert auf der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Unipolare Depression", die im November 2009 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlicht wurde. Das Programm steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt. *(ks)*

Therapeuten können die Broschüre kostenlos im Internet downloaden unter: http://www.arztbibliothek.de/wartezimmerinformation.

Werbe-Ideen für die Praxis

Neue Patienten mit Empfehlungen aus dem Internet gewinnen

Empfehlungen sind das A und O für alle Heilberufe. Nach wie vor ist Mund-zu-Mund-Propaganda immer noch die beste Werbung für die eigene Praxis. Warum nicht auch per Internet? In dem Bewertungsportal „KennstDuEinen.de“ können Verbraucher Dienstleistungen des täglichen Lebens empfehlen und Praxisinhaber für sich werben. Ein Service, den die beiden Wiesbadener Osteopathen Iris von Fischern und Frank Deichmeier seit zwei Jahren für ihre Praxiswerbung nutzen.

„Gerade im Gesundheitsbereich sind die Empfehlungen der Patienten immer schon und immer noch das Wichtigste“, erzählt die 38-jährige Osteopathin Iris von Fischern. Gemeinsam mit ihrem Mann führt sie seit acht Jahren eine Praxis für Osteopathie in Wiesbaden. Vor etwa zwei Jahren wurde sie auf die Bewertungsplattform „KennstDuEinen.de“ aufmerksam. „Wir waren anfangs sehr skeptisch“, erinnert sie sich. Doch sie wagten den Versuch des lokalen Empfehlungsmarketings und wurden Kunden bei dem Internetportal.

Mund-zu-Mund-Propaganda nach wie vor auf Platz Eins

„Seit Jahren führen wir Statistiken darüber, wie unsere Patienten auf uns aufmerksam werden“, erzählt die Praxisinhaberin. Nach wie vor werden Mund-zu-Mund-Empfehlungen an erster Stelle genannt, gefolgt von Empfehlungen von Kollegen und von einem Besuch auf der Homepage. Dahinter folge gleich, so von Fischern, die Bewertungen von „KennstDuEinen.de“. „Die Erfahrung zeigt uns, dass inzwischen immer mehr Menschen nach dem passenden Therapeuten im Internet suchen.“

Das bestätigt auch Carsten Schmidt, Geschäftsführer von „KennstDuEinen.de“: „Jeden Monat wird in Deutschland mehr als 2,6 Millionen Mal bei Google nach Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten oder Osteopathen gesucht. Etwa ebenso oft wird nach „Rückenschmerzen“ und möglichen Behandlungsmethoden „gegoogelt“. Allerdings habe die Werbestrategien vieler Heilmittelpraxen heute nichts mehr mit dem Suchverhalten der potentiellen Patienten zu tun. „Wir wissen, dass Patienten hochaktiv bei Google unterwegs sind“, erklärt der 43-jährige Schmidt. „Wenn man bedenkt, dass Google einen Marktanteil von 95 Prozent in Deutschland hat, helfen wir unseren Kunden, bei Google so platziert zu werden, dass sie den höchstmöglichen Nutzen für die Neugewinnung von Patienten erzielen.“

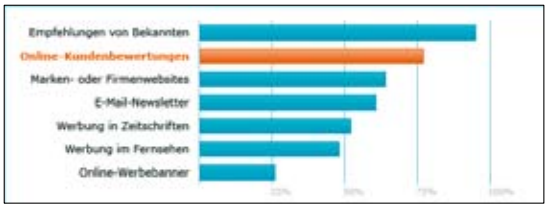
Spitzenplatz in Suchmaschine durch viele Bewertungen

Sucht ein Verbraucher bei Google beispielsweise einen Osteopathen in Wiesbaden, so erscheint eine Liste mit knapp 28.000 Ergebnissen. Gekennzeichnet sind diejenigen Dienstleister, für die bereits Beurteilungen abgegeben wurden. So auch die Praxis von Iris von Fischern und Frank Deichmeier, die mit 37 Bewertungen gleich hinter dem Verband der Osteopathen gelistet und auf Google-Maps markiert ist. Das Prinzip für einen Spitzenplatz in der Suchmaschine ist ganz einfach, erklärt Schmidt: „Je mehr Bewertungen ein Anbieter hat, desto größer ist die Chance, auf Google-Maps zu erscheinen. Die Texte bei uns decken sich genau mit den Schlagwörtern, die Google sucht.“ Klickt der Nutzer nun weiter auf den Link von Bewertungen, so erscheint die Anzeige mit dem Leistungsspektrum der Praxis und der Gesamtnote aller bisher abgegebenen Beurteilungen über Preis, Qualität, Betreuung und Termintreue.

Den Eintrag hat „KennstDuEinen.de“ gemeinsam mit dem Kunden individuell erstellt. Über sogenannte Empfehlungskarten, die der Praxis kostenlos zur Verfügung gestellt werden, wird die Zufriedenheit der Patienten abgefragt und anschließend von „KennstDuEinen.de“ ins Netz gestellt. Wer eine Bewertung abgeben will, muss sich zunächst registrieren lassen und seine Empfehlung zumindest mit seinen Initialen veröffentlichen. Für die Internet-Präsentation zahlt der Anbieter einen Jahresbeitrag von 600 Euro – weit weniger, so Schmidt, als eine Anzeigenstrecke in lokalen oder überregionalen Anzeigenblättern und Zeitungen kostet.

Messbar mehr Neukunden!

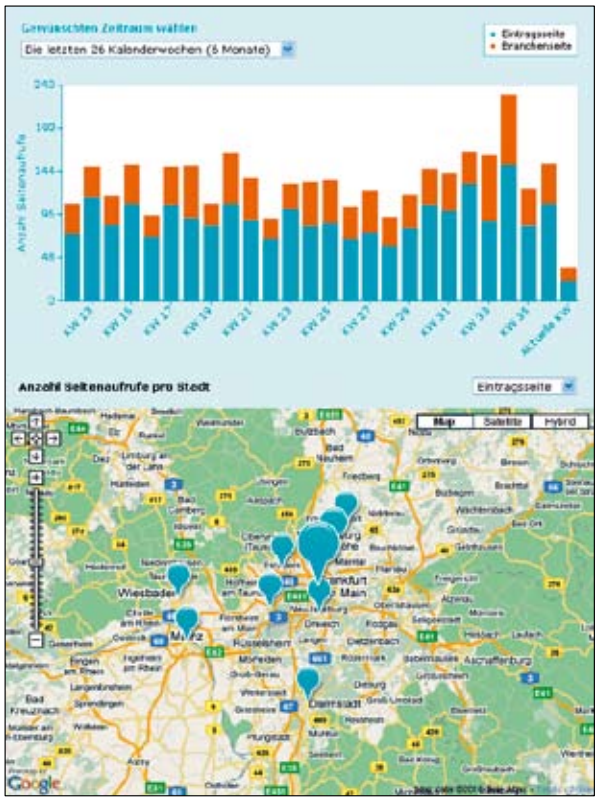
Wer durchweg positiv bewertet wird, erreicht den „Goldwert"-Status, der neben den Empfehlungen für den Verbraucher hilfreich für die Suche nach einem guten Dienstleister ist. Je besser ein Anbieter bewertet wird, desto mehr neue Kunden werden sich für ihn entscheiden, weiß Schmidt. Jeder Kunde könne über ein persönliches Login tagesaktuell kontrollieren, wie viele Suchende sich die Empfehlungen der Patienten angeschaut, wie viele daraufhin die Praxis angerufen, per E-Mail Kontakt aufgenommen haben oder auf die Homepage gegangen sind. Damit habe jede Praxis einen genauen Überblick darüber, wie viele neue Patienten sie durch die Werbung bekommen haben und woher die Patienten kommen.



Praxisinhaber können genau sehen, wieviele Bewertungen sie erhalten.

Auch die beiden Osteopathen aus Wiesbaden sind von „KennstDuEinen.de" voll überzeugt und betreiben außer der Bewertungsplattform keinerlei weitere Werbung mehr für ihre Praxis. Allein in den letzten drei Monaten haben sie 31 Patienten registriert, die über „KennstDuEinen.de" in ihre Praxis kamen. „Das ist sehr viel", freut sich Iris von Fischern, „wenn wir alle Patienten, die letztes Jahr zu uns kamen, umrechnen auf unsere Kosten, sind das fünf Euro pro Patient!" Als besonders spannend empfindet die Wiesbadener Osteopathin neben der Benotung des Gesamteindrucks die schriftliche Bewertung und freut sich über Kommentare wie „Gold wert", „Fantastisch!" oder „Schmerzfrei nach dem ersten Besuch". Aber auch Verbesserungsvorschläge lese sie gerne und versuche sie umzusetzen. *(ks)*

Kontakt: Praxis für Osteopathie, Gustav-Freytag-Straße 29, 65189 Wiesbaden, Telefon: 0611-5806782, Fax: 0611-5806783, E-Mail: praxis@evost.de



Kontakt: KennstDuEinen.de, Carsten Schmidt & John Goddard, Rödelheimer Landstraße 75-85, D-60487 Frankfurt am Main, Tel.: 069-97784590, Fax: 069-9778459111, E-Mail: info@kennstdueinen. de

Hintergrund

„Ein guter Tipp ist Gold wert!"

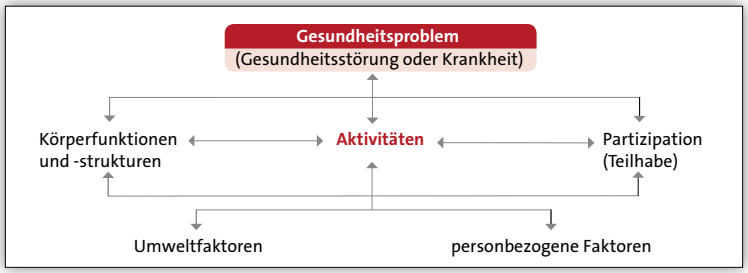
Der Auslöser für die Gründung von „KennstDuEinen.de" war sowohl bei Carsten Schmidt als auch bei seinem Kompagnon John Goddard ganz persönlicher Natur: Beide hatten die Erfahrung gemacht, dass die Suche nach einem guten Handwerker bzw. Friseur ohne persönliche Empfehlungen mit gewissen Risiken verbunden ist. Und beide erkannten, dass man verloren sei, wenn man keinen kennt, der einen kennt. So stürzten sie sich in das Abenteuer Selbständigkeit und gingen mit ihrem Bewertungsportal zum Jahreswechsel 2008 online, dessen einfaches Motto lautet: „Ein guter Tipp ist Gold wert!" Heute beschäftigt das Unternehmen, dessen Zentrale in Frankfurt sitzt, 20 Mitarbeiter, in diesem Jahr werden, so Schmidt, wohl weitere 30 weitere eingestellt werden. „Wir sind der erste Dienstleister in Europa", so Schmidt, „der die Neugewinnung von Kunden messbar macht." Und der Erfolg scheint ihm Recht zu geben. „Inzwischen haben wir einige 1.000 Kunden in über 100 Branchen, wobei unser Schwerpunkt in den Bereichen Gesundheit und Wellness liegt."

Serie: Was ist eigentlich die ICF?

Folge 2: Das biopsychosoziale Modell

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist eine Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der sozialen Beeinträchtigung sowie der beeinflussenden Umweltfaktoren von Menschen. Für Ärzte ist die Nutzung bereits Pflicht. Deswegen sollten sich Therapeuten jetzt mit dem Klassifizierungssystem auseinandersetzen. In der Januar Ausgabe von up haben wir Ihnen die Definition der ICF vorgestellt. Nun geht es um die Grundlage der ICF, das biopsychosoziale Modell.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.



Das biopsychosoziale Modell ist die Grundlage der ICF. Es ist eine Zusammenführung des medizinischen und des sozialen Modells.

Quelle: Deutsche Fassung der ICF S. 23

Das medizinische Modell besagt, dass eine Behinderung das konkrete Problem einer Person ist. Diese wird durch eine Krankheit, einen Unfall oder ein gesundheitliches Problem ausgelöst. Diese Behinderung, wie zum Beispiel die Hemiparese nach einem Schlaganfall, bedarf einer medizinischen Versorgung. Die Beeinflussung der Behinderung geschieht durch Rehabilitation des Menschen oder einer Verhaltensanpassung der betroffenen Person, um mit der Behinderung leben zu können.

Das soziale Modell besagt, dass die Behinderung ein von der Gesellschaft verursachtes Problem ist. Diese ist also keine Eigenschaft einer Person, sondern das Resultat von Wechselwirkung verschiedener Komponenten aus dem gesellschaftlichen Umfeld

Der Schlaganfall-Patient kann also in einem geeigneten Lebensumfeld, beispielweise einer behindertengerechten Wohnung, sich selbstständig versorgen. In seiner nicht behindertengerecht gestalteten Umwelt hingegen (seine Wohnung befindet sich im 4. Stock ohne Aufzug), kann die Selbstständigkeit der Person eingeschränkt sein.

Beide Modelle werden in dem biopsychosozialen Modell zusammengefasst und damit die Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit eines Menschen klassifiziert. Dabei wird neben der Schädigung auch die tatsächliche Leistung und Leistungsfähigkeit einer Person betrachtet und die Auswirkung der Umwelt auf die Funktionsfähigkeit mit einbezogen. *(nm)*

Urteil des Landesarbeitsgerichts Rheinland-Pfalz:

Urlaubsanspruch kann bei langer Krankheit verfallen

Wer lange krank ist, hat Anspruch auf den gesetzlichen Mindesturlaub von vier Wochen – aber nicht mehr. Das hat das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz in Mainz jetzt in einem Grundsatz-Urteil entschieden: Tariflich vereinbarter Urlaub kann nach langer Krankheit verfallen.

Bei langer Krankheit kann der Urlaubsanspruch des Arbeitnehmers entfallen.

Geklagt hatte ein Angestellter im öffentlichen Dienst, der von Juni 2007 bis Oktober 2009 arbeitsunfähig erkrankt war. Tarifvertraglich standen ihm 30 Arbeitstage Erholungsurlaub zu, den er allerdings 2007 und 2008 nicht nehmen konnte. Der Kläger war jedoch der Meinung, der Urlaub sei auch über die gesetzliche Mindestgrenze von 20 Arbeitstagen nicht verfallen und verlangte daher für die beiden Jahre je zehn weitere Arbeitstage Resturlaub.

Für diese Forderung gebe es keine rechtliche Grundlage, hieß es in der Begründung des Gerichts. Denn der nach einer EU-Richtlinie garantierte Verfallschutz beziehe sich nur auf den gesetzlichen Mindesturlaub. Die Mainzer Richter ließen jedoch wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache die Revision zum Bundesarbeitsgericht in Erfurt zu (Az.: 10 Sa 244/10). *(ks)*

Serie: Fallbeispiel aus der up-premium plus Hotline

Arztkommunikation für Fortgeschrittene

Für jeden Heilmittelerbringer ist unerlässlich, den Kontakt zu den wichtigsten Zuweisern ihrer Praxis aufrechtzuerhalten. Es gibt aber Situationen, in denen es die Ärzte einem nicht gerade leicht machen, die Kommunikation mit Freude zu gestalten. Ein Beispiel dafür war die Physiotherapeutin Svenja Bremer* aus Bayern, deren Zuweiser urplötzlich nur noch Massage verordneten.

Frau Bremer hatte damit zu kämpfen, dass die Patienten fast nur noch Massage ohne Zusatzleistungen verordnet bekamen. Keine Krankengymnastik, keine manuelle Therapie, keine Wärmebehandlung! Einfach nur Massage. Zunächst hielt Frau Bremer dies für ein vorübergehendes Phänomen. Als aber auch in der zweiten Woche in Folge nur Massageverordnungen kamen, wurde sie etwas unruhig.

Sie rief bei der *up-premium plus* Hotline an und holte sich dort Rat bei Björn Schwarz, was sie in ihrer schwierigen Situation machen sollte. Gemeinsam legte sie mit ihm fest, dass die aktuelle Situation genau analysiert werden muss. Dazu rief die Praxisinhaberin bekannte Praxen aus ihrer Umgebung an, um herauszufinden, ob es dort dasselbe Phänomen gab. Wie erwartet, bestätigten alle angerufenen Kollegen dasselbe Problem.

Ärztestammtisch beschließt Verordnungsminimierung

Ziel des nächsten Schrittes war es, herauszufinden, was die Ärzte in der Region zu diesem Verhalten veranlasst hatte. Frau Bremer kennt einen der zuweisenden Ärzte recht gut. Dieser hat sie in der Vergangenheit immer mal wieder angerufen, wenn er fachliche Fragen zum Thema Physiotherapie hatte. Die Physiotherapeutin rief den Arzt also an und erfuhr durch ihn vom letzten Ärztestammtisch. Dort hatte der Vorsitzende von einem Regress erzählt, der ihm drohen würde. Zudem sehe er es nicht ein, dass Physiotherapeuten für Leistungen bezahlt würden, für die sie nicht einmal aktiv etwas tun müssten, wie beispielsweise Wärmepackungen. Alle anwesenden Ärzte trügen mit ihrem privaten Budget das Risiko für die Gewinne der Therapeuten. Er warnte alle Anwesenden ausdrücklich vor der Regressgefahr, die durch zu viel verordnete Heilmittel ausgehen würde. Dann folgte der Vorschlag, sich gemeinschaftlich darauf zu einigen, das Volumen der Verordnungen drastisch zu reduzieren. Die Anwesenden einigten sich darauf, fortan keine Passivleistungen mehr zu verordnen. Um noch mehr zu sparen, trafen sie auch gleich noch die Verabredung, nur noch Massagen zu verschreiben. Die Erfahrung zeige schließlich, dass die Therapeuten sowieso mit der Methode behandeln würden, die der Patient benötige und sich nicht strikt daran hielten, was auf der Verordnung stehe. Wenn ein Patient also manuelle Therapie benötige, dann würde er diese schon bekommen, auch wenn nur Massage verordnet sei.

Aktiv auf die Ärzte zugehen hilft

Frau Bremer erkundigte sich vorsichtig, warum denn der Arzt sich auf die Absprache eingelassen habe. Sie bekam zur Antwort, dass er natürlich schon Sorge vor einem Regress habe und sich deswegen schützen wolle. Frau Bremer versuchte nach dem Gespräch, Kontakt mit dem Vorsitzenden des Ärztestammtisches aufzunehmen. Ohne Erfolg, einen Gesprächstermin bekam sie nicht. Ihren gut bekannten Arzt besuchte Frau Bremer am übernächsten Tag noch einmal persönlich. In einem Gespräch konnte sie ihn rasch davon überzeugen, dass er genau die Therapie verordnen kann, die er für notwendig und sinnvoll hält. Wenn er sich dabei an die Vorgaben des Heilmittelkatalogs hält, dann kann er dafür auch nicht in Regress genommen werden. So steht es in § 15 der Prüfvereinbarung der KV Bayern geschrieben. Den Auszug aus der Vereinbarung hatte Frau Bremer bei ihrem Besuch auch gleich dabei gehabt. So war die Verunsicherung des Zuweisers schnell ausgeräumt. Frau Bremer ist jetzt dabei, weitere Ärzte zu besuchen, um auch diesen die Sicherheit zu vermitteln, die sie bei der Verordnung von Heilmitteln gerne haben möchten.

Behandeln nach Verordnung

Was ist aber mit den Patienten von den Ärzten, die bei der Vereinbarung vom Stammtisch bleiben? Diese werden natürlich behandelt. Genauso wie es verordnet ist. Mit 15 bis 20 Minuten Massage. Diese Patienten haben aber selbstverständlich die Möglichkeit sich im Anschluss an die Massage weitere Leistungen auf Selbstzahlerbasis hinzuzukaufen, wenn es ihnen hilft, ihre individuellen Ziele schneller und effektiver zu erreichen.

Frau Bremer ist zuversichtlich, dass sich die Situation in ihrer Praxis in den kommenden vier bis sechs Wochen wieder normalisiert. *(bj)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

**Name von der Redaktion geändert*

Marketingplan mit Geling-Garantie: Best-Practice Beispiel

„Frühlingserwachen“ in Kieler Physiotherapiepraxis

Die Praxisinhaberin Beatrix Lindemann setzte erfolgreich eine Idee aus dem Marketingplan um.

In letzten Jahr haben wir Ihnen jeden Monat zahlreiche Marketing-Ideen für Ihre Praxis vorgestellt. Die Kieler Physiotherapeutin Beatrix Lindemann war eifrige Leserin der Rubrik und setzte einen der Vorschläge in die Praxis um. Dass Marketing nicht gleich teuer und aufwändig sein muss und dennoch sehr erfolgreich sein kann, zeigt unser Best-Practice Beispiel.

„Frühlingserwachen nach einem richtigen Winter“ – so lautete das Motto der Frühlingsaktion von Beatrix Lindemann, die sie im März 2010 in ihren Praxisräume im Ärztehaus „Mettenhofer Tor“ durchführte. Die 55-jährige Praxisinhaberin lockte mit „vielen Aktionen für Körper und Seele“. Wer ihrem Aufruf am 27. März folgte, konnte in die duftende Welt der ätherischen Öle abtauchen, sich über einen „energetischen Frühjahrsputz“ durch eine Feng-Shui Beraterin informieren oder „Farben fühlen“. Aber auch Angebote der asiatischen Heilkunst wie die Kräutertherapie AnPiMoMai oder praktische Qi Gong-Übungen konnten die Besucher kennenlernen. Abgerundet wurde der Nachmittag mit einem gesunden Buffet aus Obst- und Gemüse-Finger-Food sowie einer Ausstellung mit Panoramafotos ihres Ehemannes Christian.

Kooperationen unkompliziert und kostenlos

Die Idee für diese Aktion kam Beatrix Lindemann Anfang 2010 nach der Lektüre von Buchners „Marketingplan mit Geling-Garantie“. „Viele Ideen, wie zum Weltrheumatag oder Weltherztag waren mir zu medizinisch“, erinnert sie sich. So entschied sich die Praxisinhaberin, die sich selbst als Frühlingstyp bezeichnet, für eine Aktion zum Frühlingsanfang.

Haben Sie im letzten Jahr auch eine Marketingaktion erfolgreich umgesetzt? Dann schreiben Sie uns unter redaktion@up-aktuell.de.

Die Idee war geboren, und auch die Umsetzung ging zügig über die Bühne. Ihre Fachleute fand Beatrix Lindemann in ihrem Bekanntenkreis, auf die Qi Gong-Expertin aus Eckernförde war sie eher zufällig gestoßen. Sie zögerte nicht, sie einfach anzuschreiben und zu fragen – und sie bekam prompt eine begeisterte Zusage. Das größte Problem war das Layout der Einladung. „Wir hatten zunächst an ein Postkarten-Format gedacht, doch aufgrund von Problemen mit der Adressierung entschieden wir uns schließlich doch für ein Din-A-4-Blatt.“ Rund 500 Einladungen wurden verschickt – an Patienten und ehemalige, erzählt die Physiotherapeutin, die vor 25 Jahren ihre Praxis in Kiel-Mettenhof eröffnete und inzwischen fünf Mitarbeiter beschäftigt.

Gesamtkosten von 500 Euro

Neben den persönlichen Einladungen zu ihrem „Frühlingserwachen“ platzierte Beatrix Lindemann einen redaktionellen Beitrag im Anzeigenblatt „Zeitung für Mettenhof“, der für sie kostenlos war, da sie dort regelmäßig eine Anzeige geschaltet hat. Ebenfalls kostenfrei war für die Praxisinhaberin auch der Hinweis im Veranstaltungskalender der Kieler Nachrichten. Und für die Praxis-Dekoration mit Frühlingsblumen musste sie lediglich 30 Euro zahlen – frei nach dem Prinzip „eine Hand wasche die andere: „Ich arbeite schon seit Jahren mit einem Blumenhaus zusammen,

und die Pflanzen-Gestecke finden immer so viel Anklang, dass viele fragen, woher ich sie beziehe.“

Die Kosten für ihren Aktionstag beziffert Beatrix Lindemann auf insgesamt 500 Euro – ein Aufwand, der sich in ihren Augen gelohnt hat. Abgesehen davon, dass es ihr Spaß mache, Feste zu organisieren, meint sie augenzwinkernd, sei sie überzeugt, dass solche

Aktionen langfristig ihre Wirkung zeigten. „Bei uns läuft Werbung größtenteils nur über Mund-zu-Mund-Propaganda, und wer weiß, vielleicht erinnert sich jemand in einem halben Jahr an mein Frühlingserwachen, wenn er einen Physiotherapeuten braucht."

Etwa 50 Gäste wanderten im vergangenen März rund vier Stunden durch die vier Behandlungsräume und ließen sich „verwöhnen". Einige verewigten sich im ausgelegten Gästebuch: „Das war eine tolle Idee, und mir hat das vielerlei Anregungen und Bewegungen gegeben – herzlichen Dank!" schrieb beispielsweise eine Besucherin und würde sich über eine „Wiederholung – gerne auch mit anderen Themen" freuen. Das kann sie. Denn die engagierte Physiotherapeutin plant schon ihre nächste Aktion. „Im April feiern wir unseren 25ten Geburtstag", sagt sie voller Stolz. Grund genug für ein weiteres Fest... *(ks)*

Kontakt: Lindemann, Praxis für Physiotherapie und Gesundheitsförderung, Skandinaviendamm 251, 24109 Kiel, Tel.: 0431-52 97 99, E-Mail: info@KG-lindemann.de, www.KG-lindemann.de

Marketingplan mit Geling-Garantie

Aktionen planen für den Wonnemonat Mai

Marketingaktivitäten für den Mai müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Der Tag gegen den Schlaganfall ist im Mai ein zentrales Thema genauso wie der Muttertag. Alle Termine sind im Marketingplan verzeichnet. Wer neben unseren Anregungen eigene Ideen entwickeln möchte, kann das ganz leicht mit Hilfe der Planungs- und Kommunikationsstrategien auf der Rückseite des Plans tun.

8. Mai: Muttertag

Der Muttertag ist in den Medien zu einem werbewirksamen Event geworden, dem sich kaum jemand entziehen kann. Eine gute Gelegenheit für Therapeuten, Aktionen rund um diesen Tag zu planen. Es muss nicht immer das klassische Wellness-Angebot sein. Ergotherapeuten können zum Beispiel schon im Vorfeld mit ihren kleinen Patienten Glückwunschkarten für die Mama basteln und dort einen Gruß von der Praxis hinterlassen. Physiotherapeuten beglücken Mütter mit einem Stressvermeidungskurs und Logopäden studieren mit Kind oder Partner ein Muttertags-Ständchen ein. Die Kooperationsmöglichkeiten auch mit fachfremdem Gewerbe sind zahlreich. Ob mit dem örtlichen Blumenhändler, der Kosmetikerin oder dem Friseur - entwickeln Sie gemeinsam Gutscheinsets. Massage, Haarschnitt und Make-up in einem Paket. Oder aber Sie machen Gutscheine für einen „Therapeuten Status" (siehe Seite 6), denn gerade Mütter von kleinen Kindern haben oft Schmerzen durch Fehlhaltungen. Das könnte nach dem Befund anders werden und zugleich gewinnen Sie neue Kundinnen.

10. Mai: Tag gegen den Schlaganfall
(Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)

Der Tag gegen den Schlaganfall wird von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe seit 1999 jedes Jahr mit viel öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten durchgeführt. Schaut man sich den Pressespiegel über die Aktivitäten im letzten Jahr an, findet man zahlreiche Aktionen von Selbsthilfegruppen, Ärzten, Kliniken und Apotheken. Zudem wird in der Presse ausführlich berichtet. Eine ideale Gelegenheit also für Heilmittelpraxen, diesen Tag werbewirksam zu nutzen. Wie an unserem Best-Practice Beispiel gezeigt, müssen solche Aktionen nicht teuer sein und können mit Kooperationspartnern aufgewertet werden. Besonders die Selbsthilfegruppen sind an diesem Tag öffentlichkeitswirksam aktiv. Sprechen Sie die Selbsthilfegruppe vor Ort an und fragen Sie nach geplanten Aktionen. Auch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hat ein ausführliches Programm geplant. Bieten Sie sich als Kooperationspartner an und Sie erreichen zwei Ziele: Ihre betroffenen Patienten werden besser informiert und Sie bekommen kostenlose Werbung. *(ko)*

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

i Weitere Termine

- **1. Mai:** Weltlachtag
- **4. Mai:** Welt-Asthma-Tag
- **8. Mai:** Muttertag
- **10. Mai:** Tag gegen den Schlaganfall
- **12. Mai:** CFS-Tag
- **17. Mai:** Sebastian-Kneipp-Tag
- **31. Mai:** Weltnichtrauchertag

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:
Staubsaug-Roboter „iRobot Roomba 531“ –
Sauberkeit von Zauberhand

☐ Prämie 2:
Ein Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz, silbergrau und hellgrün erhältlich

☐ 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 00-135 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