09.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*
Rahmenverträge für Heilmittelerbringer

Entwurf Versorgungsstrukturgesetz

Auswirkungen für Heilmittelerbringer im Kleingedruckten

Anfang August 2011 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf zur „ Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Versorgungsstrukturgesetz) beschlossen. Dieser sieht Maßnahmen zur besseren ärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten vor. Gleichzeitig sieht der Entwurf wichtige Änderungen für Heilmittelerbringer in den Rahmenbedingungen vor: Verbesserungen für chronisch Kranke, bundesweite Vorab-Praxisbesonderheiten und ein ausdrückliches Verbot von Zuweisungen an Ärzte durch Heilmittelerbringer. Das Gesetz soll bereits im Januar 2012 in Kraft treten werden.

Wer das Kleingedruckte liest, findet manchmal auch positive Überraschungen: Der Gesetzentwurf sorgt für Veränderungen im Heilmittelbereich.

Eigentlich soll das neue Versorgungstrukturgesetz nur dafür sorgen, dass wieder mehr Ärzte Lust auf Landarztpraxen haben. Aber dann gab es aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) doch noch so viele regelungsbedürftige Themen, dass sich in diesem Gesetz zusätzliche Regelungen finden, die mit Landarztpraxen nichts mehr zu tun haben, aber umso wichtiger für Heilmittelerbringer sind.

Chronisch Kranke zukünftig extrabudgetär

Bei der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, dass chronisch kranke Patienten von der Genehmigungspflicht bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls befreit werden können. Dazu stellt der G-BA aber auch klar, dass mit dieser Befreiung keine Aussagen zum Thema „Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise“ gemacht werden könnten. Diese Aussage hat das BMG als Vorlage für eine Gesetzesänderung genommen und festgelegt, dass in Zukunft bei diesen Patienten die verordneten Heilmittel extrabudgetär sind. Das heißt, Ärzte können für Heilmittelverordnungen bei chronisch kranken Patienten, die von der Genehmigungspflicht befreit wurden, nicht in Regress genommen werden. Zusätzlich legt das BMG fest, dass Krankenkassen auf den Antrag der Versicherten auf Befreiung von der Genehmigungspflicht innerhalb von vier Wochen reagieren müssen. Hat die Kasse innerhalb dieser Zeit nicht reagiert, gilt der Antrag als genehmigt.

Bundesweit Vorab-Praxisbesonderheiten

Die Festlegung von sogenannten Vorab-Praxisbesonderheiten (Praxisbesonderheiten, die schon beim Ausstellen der Heilmittelverordnung außerhalb des Budgets liegen) werden bisher für jedes Bundesland >>>

Aktuell

Abrechnungsprobleme myofunktionelle Therapie
Anders benannt – Problem gebannt 11

Neue Studie zu Schlaganfall-Rehabilitation
Physiotherapie muss sich nicht hinter Hightech verstecken 15

Defizite in Sachen Internet und Social Media
Immer mehr Patienten informieren sich 16

Konzepte

Kasseler Ergotherapeutin bietet Selbstzahlerleistung für ADHS-Kinder an
Neurofeedback hilft kleinen „Zappelphilippen“ 18

Tipps

Werbe-Ideen für die Praxis
150 Gäste in der Praxis 20

Serie: Fallbeispiel aus der ***up-premium plus*** Hotline
Keine Diskussion mehr um Terminabsprachen 21

Werbe-Ideen für die Praxis
Praxiswerbung in Lesezirkeln 22

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

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de • Einzelpreis 15 Euro

Kommentar

Daumen drücken für das Versorgungsgesetz

Haben Sie schon mal überlegt, warum Sie von bestimmten Ärzten keine Heilmittelverordnung bekommen? Es könnte zum Beispiel sein, dass der Arzt finanziell mit einem anderen Heilmittelerbringer verbunden ist und sich für seine Verordnungen bezahlen lässt.

Damit soll jetzt nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums Schluss sein. Mit dem Entwurf zum neuen Versorgungsgesetz sollen solche ohnehin schon rechtlich fragwürdigen Kooperationsmodelle ausdrücklich verboten. Wer sich trotzdem erwischen lässt, riskiert, seine Zulassung für zwei Jahre zu verlieren.

Es gibt also gute Gründe, jede Form der finanziellen Verflechtung mit Ärzten gründlich daraufhin zu überprüfen, ob sie den Anforderungen des Gesetzentwurfes in Zukunft standhält. Denn wenn das Gesetz wie geplant verabschiedet und zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt, dann bleibt nicht mehr viel Zeit, solche Kooperationsmodelle auf eine rechtlich saubere Basis zu stellen.

Viel schwerer als die rechtlichen müssten für Heilmittelerbinger aber die berufspolitischen Gründe wiegen, fragwürdige Kooperationsmodelle zu beenden. Denn wenn sie für Verordnungen „zahlen" müssen, dann nimmt die Abhängigkeit von Ärzten zu und Ärzte können das machen, was sie ohnehin schon mehr als 1.000 Mal in Deutschland tun: die Heilmittelpraxis einfach selbst betreiben. Dann zählt nur noch, was man mit Heilmitteltherapie verdienen kann und nicht mehr, was Heilmitteltherapie für die Patienten bewirkt.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung S. 1

individuell und sehr unterschiedlich gehandhabt. Das soll durch den Gesetzesentwurf jetzt geändert werden. Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband müssen nun auf Bundesebene Praxisbesonderheiten benennen, die dann verbindliche Wirkung für die Prüfungsstellen auf Landesebenen haben. Das BMG begründet: „Zur Entlastung der verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte soll zeitnah ein Katalog bundesweit geltender Praxisbesonderheiten vorliegen, der durch regionale Vereinbarungen gegebenenfalls noch ergänzt werden kann. Die künftig für die Prüfungsstellen verbindlichen Festlegungen können auch schon für Prüfungen, die sich auf frühere Verordnungszeiträume beziehen, maßgeblich sein." Dieser Katalog muss erstmals bis zum 30. September 2012 vorgelegt werden.

Verbot „unzulässiger Zuwendungen" jetzt auch für Heilmittel

Bereits seit 2009 gilt für den Bereich der Hilfsmittelversorgung § 128 SGB V, der eine Kooperation zwischen Ärzten und Hilfsmittelerbringern mit erheblichen Einschränkungen belegt und viele Kooperationsformen ausdrücklich verbietet. Dieser § 128 soll mit dem aktuellen Gesetzesentwurf in Zukunft ebenso für den gesamten Heilmittelbereich gelten. Damit ergeben sich erhebliche Veränderungen für alle Heilmittelerbringer, die Kooperationen mit Ärzten unterhalten. So werden Zuwendungen an Ärzte durch Heilmittelerbringer zukünftig gem. § 128 Abs. 2 vollständig verboten sein, insbesondere „...die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können." Die vereinfachte Zusammenfassung diese Paragraphen lautet: Kooperation mit Ärzten ist erlaubt, finanzielle Verflechtungen sind verboten! Alle Kooperationen sind schriftlich zu dokumentieren und müssen in der Regel den Krankenkassen bzw. den Ärztekammern zur Genehmigung vorgelegt werden. Das dürfte manche Kooperationsform zwischen Heilmittelerbringern und Ärzten in Frage stellen.

Das Gesetz soll im Wesentlichen am 1. Januar 2012 in Kraft treten. Wir werden Sie zu gegebener Zeit über die Änderungen und ihre Auswirkungen im Detail informieren. *(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), Björn Schwarz (bj);
Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: R. Kneschke (1), G. Sanders (12), L. Friis-larsen (14), M. Rosskothen (15), fotofuerst (16), eyezoom1001 (18), electriceye (21); W. Wagner (6), AG Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (4-7), Privat (9), Privat (19), Praxis Duncker (20), Jantzen Lesemappen (22)

Flagge zeigen

Qualitätsbericht für Heilmittelerbringer

Viele Menschen äußern sich in den Medien über Heilmittelerbringung. Krankenkassen, Ärzte und Experten debattieren über Sinn und Unsinn von Heilmittelerbringung, über therapeutische Unter- oder Überversorgung oder die Qualität der Leistung. Es scheint, als habe jeder etwas zu sagen – nur die Heilmittelerbringer selbst melden sich nicht zu Wort. Das wollten einige Logopäden in Baden-Württemberg ändern und gingen in die Offensive. Sie erstellten den ersten Qualitätsbericht in der Heilmittelbranche.

Am liebsten schön dramatisch! So könnte man jedenfalls mutmaßen, wenn man die wöchentlich erscheinenden Reporte, Studien und Berichte der Krankenkassen, Ärzte- und Apothekerverbände in den Medien liest. Die Schlagzeilen verkünden das Schlimmste und prognostizieren dramatische Entwicklungen.

Nicht jede Studie ist glaubwürdig

Dass man sich nicht gleich von jedem neuen Bericht beeindrucken lassen sollte, erörtert Bernhard Braun in seinem Artikel „Gesundheitsbericht-Ramsch: Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker lieber nicht nach Erinnerungen zur Gesundheitsentwicklung!“ auf dem Internetportal *www.forum-gesundheitspoltitik.de*. Es nehme ein Typ der Informationsgenerierung durch Querschnittsbefragungen von „Praktiker-Experten“ zu, der schnell und preisgünstig sei, inhaltlich aber hinsichtlich seiner Aussagen über Entwicklungstrends äußerst fragwürdig, schreibt Braun. Als Beispiel zieht er eine aktuelle Studie der DAK heran, die zu dem „alarmierenden Ergebnis“ komme, dass sich der Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Kinder in den vergangenen zehn Jahren verschlechtert habe. „Die empirische Basis dieser Feststellung ist eine Umfrage unter hundert Kinderärzten, die u.a. gebeten wurden, sich zu erinnern (!), ob der Gesundheitszustand ihrer jungen PatientInnen sich seit 2000 verschlechtert oder verbessert hat. Die Ärzte werden also noch nicht einmal gebeten, einen Blick in ihre Praxis-Dokumentation oder EDV zu werfen und relativ objektiv vergleichen zu können, wie viele ihrer jungen Patienten beispielsweise 2000 und 2010 wegen der einen oder anderen Erkrankung bei ihnen in Behandlung waren“, moniert Braun.

Heilmittel oft negativ präsentiert

Beispiele dieser, in erster Linie aufsehenerregenden und inhaltlich wenig bis gar nicht fundierten Berichterstattungen, betreffen in regelmäßigen Abständen Heilmittelerbringer. So veröffentlichte die AOK im Oktober 2010 eine Pressemitteilung mit dem Titel „Werden zu viele Kinder unnötig zur Sprachtherapie geschickt?“, in der sie „vermutete“, dass zu viele Kinder in Baden-Württemberg Sprachtherapie bekämen. Die Vermutungsgrundlage waren alte Zahlen aus dem Vorjahr 2009, die in einen aktuellen Kontext gesetzt wurden, so dass eine tatsächliche Bewertung, ob nun zu viel Logopädie verordnet werde, gar nicht möglich war.

Solche Meldungen sind heiße Luft: inhaltsleer und trotzdem dramatisch genug, um Aufmerksamkeit zu erzeugen. Auch wenn der Fachmann diese kopfschüttelnd in den Mülleimer wirft, bleibt doch in der Öffentlichkeit die Aussage „zu viel Logopädie“ im Hinterkopf hängen. Den Schaden tragen die Heilmittelerbringer, deren Image mit solchen Meldungen immer weiter in den Keller sinkt. Die Logopädinnen Petra Krätsch-Sievert und Christiane Sautter-Müller wollten sich das nicht mehr länger gefallen lassen und gingen in die Offensive. Mit einer verbandsunabhängigen Arbeitsgruppe stellten sie einen 50 Seiten langen Qualitätsbericht (Auszüge siehe ab Seite 4) auf die Beine, um Patienten, Ärzte, Krankenkassen und Politik über ihre Arbeit aufzuklären. „Wir wollten uns nicht ständig rechtfertigen, sondern selber ein Zeichen setzen und zeigen, wie gut die Zahlen eigentlich sind und wie gut auch die Qualität unserer Arbeit ist“, erklärte Petra Krätsch-Sievert im Interview (siehe Seite 8/9).

Inhalt

Thema: Qualitätsbericht

- Aktiv Qualität zeigen 3
- Vorabauszüge 4
  - Logopädie ist mehr als Kindertherapie 4
  - Klassenbester in deutsch 6
  - Networking auf logopädisch 7
- Interview: „Wir melden uns zu Wort!“ 8

Qualitätsberichte sind für Krankenhäuser bereits seit dem Jahr 2005 gesetzlich verpflichtend. Der Gemeinsame Bundesausschuss erklärt wieso: „Die Berichte sollen der Information von Patienten und Versicherten dienen sowie den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten und den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten. Für Krankenhäuser eröffnen sie die Möglichkeit, Leistungen und Qualität darzustellen.

Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, selbst aktiv zu werden, Transparenz zu schaffen und eine Argumentationsgrundlage herzustellen – das ist auch für Heilmittelerbringer wichtig, um aus der Rechtfertigungsposition aktiv herauszukommen. Wer sich mit der eigenen Arbeit und den Zahlen aktiv auseinander setzt, geht wesentlich selbstbewusster in Verhandlungen mit Zuweisern und Krankenkassen und verschafft sich Respekt. *(ko)*

Exklusiv in up:

Beispiele aus dem Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg

Die Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg wollte sich nicht mehr länger damit abfinden, dass andere über ihre Arbeit berichten, sondern selbst ihre Leistung öffentlich machen. Aus diesem Grund verfassten sie einen Qualitätsbericht, was in der Heilmittelbranche bislang ein Novum ist. „Wir möchten mit diesem Qualitätsbericht Transparenz über die in logopädischen Praxen Baden-Württembergs geleisteten Therapien und deren Ergebnisse herstellen", erklären die engagierten Logopäden in ihrem Vorwort. Für alle interessierten Therapeuten veröffentlichen wir auf den folgenden Seiten Beispiele aus dem Bericht, der Ende September 2011 erscheinen wird.

Service: Der Qualitätsbericht ist ab Ende September 2011 im Buchner Shop unter *www.buchner-shop.de* gegen eine Schutzgebühr von 5 Euro erhältlich.

AUSZUG

Logopädie ist mehr als Kindertherapie

Die Bandbreite der logopädischen Interventionsmöglichkeiten ist nicht nur auf die Therapie von Kindern beschränkt. Sie erstreckt sich praktisch auf alle Altersgruppen bis hinein ins hohe Alter. Dennoch steht die Therapie von Kindern in den Medien deutlich im Vordergrund. Immer wieder wird öffentlich diskutiert, ob Kinder zu viel, zu oft oder zu lange therapiert werden. Von der logopädischen Unterversorgung der Generation 70 plus ist dagegen keine Rede. Um diesen Missstand zu beenden, bedarf es dringend wissenschaftlicher Untersuchungen.

In praktisch allen Altersgruppen begleiten Logopäden Menschen dabei, ihre Kommunikation und die Fähigkeit, Nahrung oral aufzunehmen, zu erlernen, zu sichern, zu verbessern und wiederzuerlangen. Ziel der logopädischen Therapie ist immer, dem Patienten eine aktive und selbstbestimmte Teilhabe zu verschaffen. So wichtig diese Arbeit besonders bei Kindern ist, so begrenzt ist aber die Förderung der Sprachentwicklung, wenn es um die Frage der Kostenübernahme geht. Der Gesetzgeber sieht neuerdings vor, dass eine Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie nicht vom Arzt verordnet werden darf, wenn es pädagogische Maßnahmen gibt, die noch nicht ausprobiert wurden. Selbst wenn diese Maßnahmen nicht genutzt werden können, darf der Arzt die Therapie weder verordnen, noch wird diese von der Krankenkasse bezahlt.

Betrachtet man die Verordnungszahlen für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie über alle Altersgruppen verteilt in Baden-Württemberg und vergleicht diese beispielsweise mit den Zahlen aus Berlin, so fallen deutliche Unterschiede sofort auf. Es werden alle Altersgruppen in Baden-Württemberg im Durchschnitt weniger intensiv als in Berlin behandelt. Besonders betroffen ist die Altersgruppe ab 70 Jahren aufwärts. In der Bundeshauptstadt werden mehr als doppelt so viele Behandlungseinheiten für die Patienten ab 75 Jahren verordnet (vgl. Grafik).

Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass auch im hohen Alter eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität durch Logopädie erreicht werden kann. Woran liegt es also, dass die Zahlen so deutlich abweichen? Im Hinblick auf den demographischen Wandel und die Kostenregulierung im Gesundheitswesen würde eine flächendeckende logopädische Versorgung dieser Altersgruppe dem sozialpolitischen System in Deutschland nur förderlich sein. Die Verordnungszahlen lassen eventuelle Rückschlüsse auf die regionalen Strukturen einzelner Versorgungsgebiete zu. Sind in einer Großstadt deutlich mehr Fachärzte ansässig, die gezielt Logopädie als therapeutisch evidente Maßnahme verschreiben, so zeichnet sich in Baden-Württembergs ländlichen Regionen bereits ein Ärztemangel ab.

Auf dem Landesärztetag 2009 konstatierten sowohl die Landesärztekammer als auch die Kassenärztliche Vereinigung, dass Hausärzte, die in Rente gehen, keinen Nachfolger finden. Fachärzte seien oft nur in der nächst größeren Stadt zu finden. Die Versorgung von Patienten kann und darf aber nicht von ihrem Wohnort abhängig sein. Wie kann man diesem Problem nun also begegnen? Gerade im Hinblick auf die – seitens der Krankenkassen immer wieder geforderte – evidenzbasierte Therapie, muss sowohl das ärztliche Verordnungsverhalten als auch das regionale Vorkommen der logopädisch indizierten Diagnose untersucht und mit genauen Zahlen belegt werden. Regionale Prävalenzzahlen (Krankheitshäufigkeitszahlen) sind bis dato aber nicht vorhanden oder nicht allgemein zugänglich. Diese werden jedoch dringend benötigt, wenn man den Ursachen für diese ungleiche Versorgung entgegentreten will und eine bundesweit flächendeckende logopädische Versorgung gewährleisten möchte, was sowohl im Sinne der Kostenträger als auch der Patienten liegen sollte. Denn nur so kann eine optimale logopädische Versorgung im Sinne der Wirtschaftlichkeit und zum Wohle des Patienten erreicht werden.

LOGOPÄDIE IST MEHR ALS KINDERTHERAPIE

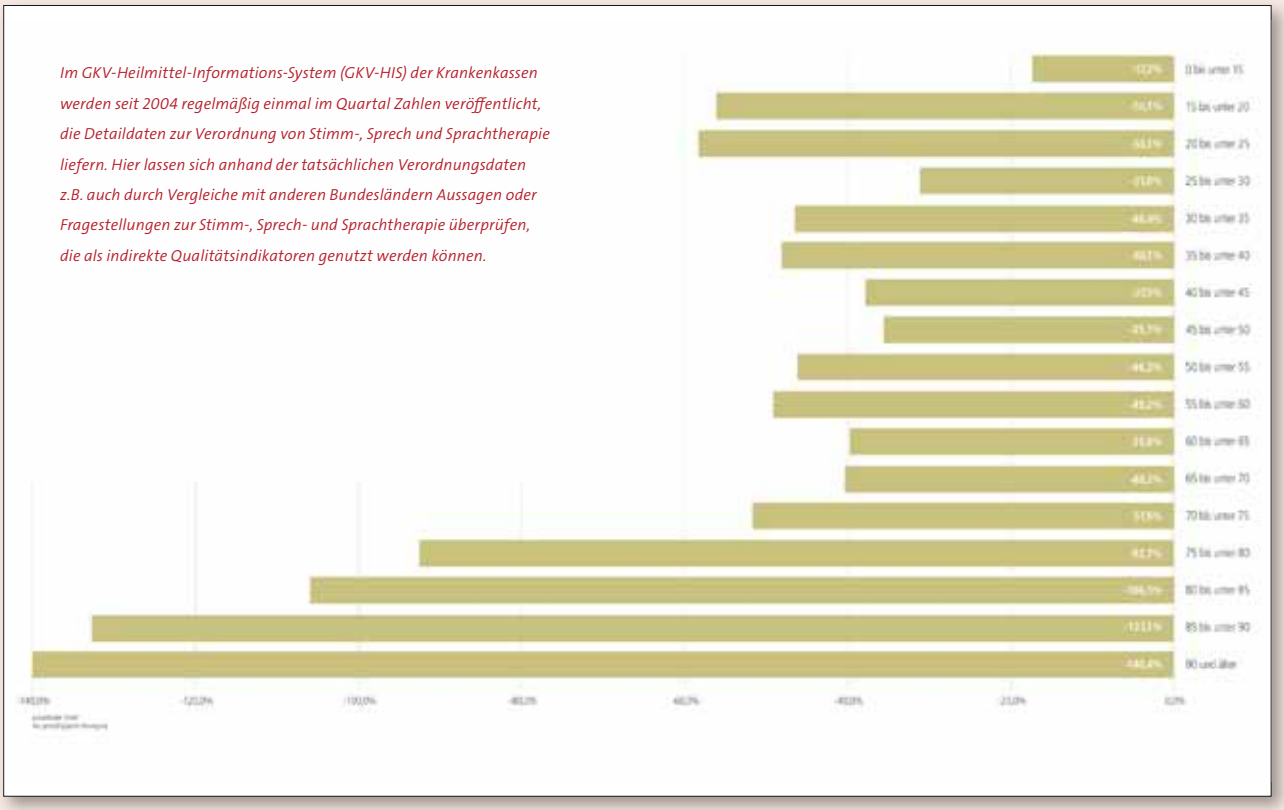
ÄLTERE PATIENTEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG ERHALTEN DEUTLICH WENIGER STIMM-, SPRECH- UND SPRACHTHERAPIE

Auszug Qualitätsbericht Logopädie Ba-Wü, Seite 8/9

Ältere Patienten in Baden-Württemberg erhalten deutlich weniger Stimm -, Sprech- und Sprachtherapie

Prozentuale Differenz der Behandlungseinheiten Logopädie je 1.000 Versicherter in Baden-Württemberg im Vergleich zu Berlin: Vergleicht man die Anzahl der Behandlungseinheiten nach Altersgruppen, fällt auf, wie deutlich geringer die Patienten in einem Alter über 75 Jahren in Baden-Württemberg hier im Vergleich zu den Patienten in Berlin versorgt werden. Konkret bedeutet das z.B. für die Altersgruppe 80 bis 85 Jahre, dass 1.000 Versicherte dieser Altersgruppe insgesamt 155 Behandlungseinheiten im Jahr bekommen, 1.000 Berliner Versicherte in derselben Altersgruppe jedoch 320 Behandlungseinheiten erhalten.

Im GKV-Heilmittel-Informations-System (GKV-HIS) der Krankenkassen werden seit 2004 regelmäßig einmal im Quartal Zahlen veröffentlicht, die Detaildaten zur Verordnung von Stimm-, Sprech und Sprachtherapie liefern. Hier lassen sich anhand der tatsächlichen Verordnungsdaten z.B. auch durch Vergleiche mit anderen Bundesländern Aussagen oder Fragestellungen zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie überprüfen, die als indirekte Qualitätsindikatoren genutzt werden können.



Was Logopädie beim Down-Syndrom erreichen kann

Klassenbester in deutsch

Weltweit werden jedes Jahr etwa 200.000 Kinder mit Down-Syndrom geboren. Mit einer Häufigkeit von etwa 1 auf 650 Geburten ist das Down-Syndrom die häufigste Chromosomenstörung. Mit dem Alter der Schwangeren steigt auch das Risiko, ein Kind mit dieser Trisomie 21 zu gebären. Bei 20-jährigen Müttern kommt diese Chromosomenstörungen bei 1.500 Geburten einmal vor. Ist die Schwangere bereits 35 Jahre alt steigt das Risiko auf 1:350 und bei über 45-jährigen Frauen beträgt die Wahrscheinlichkeit bereits 5 Prozent. Früher starben Menschen mit dieser Behinderung häufig vor Erreichen der Pubertät, heutzutage beträgt die Lebenserwartung 50 bis 60 Jahre. Neben körperlichen Problemen wie schlaffem Muskeltonus, Herzfehlern oder Anomalien des Verdauungstraktes ist die gestörte Sprachentwicklung typisch für das Down-Syndrom.

KLASSENBESTER IN DEUTSCH

Auszug Qualitätsbericht Logopädie Ba-Wü, Seite 12/13

Das ist Marco. Mit einem stolzen Grinsen präsentiert der Blondschopf die Lösung seiner schwierigen Rechenaufgabe, die er gerade vor der ganzen Klasse an die Tafel geschrieben hat. Marco ist ein fröhlicher Junge, der gerne zur Schule geht. Er hat viele Freunde, spielt am liebsten Fußball und geht zum Reiten. Ein ganz normaler blonder Junge eben? Nicht ganz. Marco hat das Down-Syndrom. Mithilfe von intensiver Logopädie hat er es bis zum Klassenbesten in Deutsch auf seiner Förderschule geschafft.

Bis Marco dieses Ziel erreicht hatte, war es ein langer Weg, erinnert sich seine Mutter. «Wir haben versucht, mit Hilfe verschiedener Therapien die Folgen von Marcos Behinderung zu mildern. Vor allem die logopädische Behandlung hat dabei eine zentrale Rolle gespielt». Während der Therapie fand ein intensiver Austausch zwischen der behandelnden Logopädin und den Eltern statt, was Marcos Mutter als besonders hilfreich empfand. «Wir wurden immer für das häusliche Üben angeleitet und konnten jeden Behandlungsschritt gut nachvollziehen. Die logopädische Behandlung hat uns aufgezeigt, wie wir auch zu Hause Marco adäquat fördern können», erzählt sie.

Die Logopädin Caren Pollesche begleitet Marco seit seiner frühen Kindheit. Sie kennt seine Geschichte und die Probleme ganz genau: «Im Kleinkindalter stand die Behandlung der orofacialen Funktionen im Vordergrund. Kinder mit Down-Syndrom haben meist Probleme mit der Atmung und dem Schlucken, da Kraft und Beweglichkeit von Lippen, Zunge, Wangen und Gaumensegel eingeschränkt sind». Spätere Behandlungsschwerpunkte waren der Aufbau von Wortschatz und Grammatik sowie die Verbesserung der Artikulation.

Marcos Eltern sind heute froh, dass sie schon früh die Eigeninitiative ergriffen und sich um die Verordnung von Logopädie gekümmert haben. Das Ergebnis der jahrelangen therapeutischen Arbeit spricht für sich. Denn Marcos gute sprachliche Fähigkeiten haben es letztendlich möglich gemacht, dass er die Förderschule besuchen kann und dort im Rahmen des individuell auf ihn zugeschnittenen Bildungs- und Förderplanes sogar die Chance erhält, einen regulären Schulabschluss zu erreichen.

«Mit der Fähigkeit zu lesen, zu rechnen, zu schreiben und sich verständlich auszudrücken wird Marco trotz seiner Behinderung ein weitgehend eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen», ist sich Caren Pollesche sicher. Marco selbst freut sich schon auf die nächste Stunde – denn nun kommt Deutsch, sein Lieblingsfach.

Networking auf logopädisch

Kommunikation, Kooperation, Netzwerke – diese Begriffe sind für die Logopäden in Baden-Württemberg keine leeren Worthülsen. Sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch interdisziplinär betreiben sie «Networking», um den fachlichen Austausch zu pflegen, verschiedene Therapieangebote und Behandlungsansätze zu verzahnen und damit die Qualität der logopädischen Therapien zu sichern und zu verbessern. Diese Netzwerke bestehen lokal, regional und auch landesweit.

Ein solches Angebot an kollegialem Austausch und Intervision bieten die Regionalgruppen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl e.V.)-Landesverbandes Baden-Württemberg. Hier treffen sich in 19 Regionen regelmäßig die im dbl e.V. organisierten Logopäden, um sich fortzubilden, sich über die neuesten gesundheitspolitischen Themen zu informieren und um Kontakte zwischen den Praxen und den in Einrichtungen tätigen Berufskollegen zu pflegen. Mitunter bilden sich regionale Kompetenznetzwerke, die die verschiedenen Professionen zu bestimmten Krankheitsbildern an einen Tisch bringen, wie beispielsweise das Dysphagienetzwerk Südwest.

« Eine [...] Versorgung mit Heilmitteln, ist nur zu gewährleisten, wenn die verordnenden [...] Vertragsärzte mit den ausführenden [...] Therapeuten engzusammenwirken.»

§ 14 Abs. 1 Satz 1 HeilM-RL

«Baden-Württemberg ist für diese regionale Vernetzung eindeutig in einer Vorreiterrolle», erklärt Petra Krätsch-Sievert, 1. Landesverbandsvorsitzende im dbl, denn das Land Baden-Württemberg selbst betreibt ein ebenso gelungenes Networking im Gesundheitsbereich. So bringen die Logopäden über den dbl-Landesverband in vielfältiger Weise ihre Expertise in den verschiedenen Gremien mit ein, wie beispielsweise im «Gesundheitsforum Baden-Württemberg». «Auch bei der Ausarbeitung des Geriatriekonzeptes Baden-Württemberg wurden unsere fachlichen Anregungen sehr ernst aufgenommen. Seither gehört die logopädische Therapie von Kommunikations- und Schluckstörungen standardmäßig zur geriatrischen Versorgung dazu», freut sich die 2. Landesverbandsvorsitzende Christiane Sautter-Müller.

Auch im Bereich der Prävention sind die Logopäden ein Teil der «Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg». Mit der Entwicklung dieser Strategie unter Federführung des Sozialministeriums und des Wirtschaftsministeriums hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Gesundheit wird nun nicht mehr als konsumtiver Ausgabenposten verstanden, sondern als Investition in die Zukunft des Wirtschafts- und Bildungsstandortes Baden-Württemberg. «Entscheidend ist bei diesem Public-Health Ansatz, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der heute 54- bis 65-Jährigen zu erhalten», erklärte Professor Axel Börsch-Supan vom Forschungsinstitut für Ökonomie und demographischen Wandel der Universität Mannheim am 27.7.2009 bei der Auftaktveranstaltung der «Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg» in Stuttgart. Durch die «Morbiditätskompression» (immer mehr Menschen bleiben durch präventive Maßnahmen länger gesund und im Arbeitsleben) könne dem demographischen Wandel begegnet werden. «Logopäden werden zukünftig viel zu diesem Bereich beitragen», so Christiane Sautter-Müller. Gerade im Bereich Sprachentwicklung und Bildung sei dies besonders wichtig: «Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Bildung und der Bereitschaft, etwas für die Gesundheit zu tun. Sprache ist der Schlüssel zur Bildung. Alle sprachtherapeutischen oder auch die sprachfördernden Maßnahmen im Kindesalter sind im Sinne der Gesundheitsstrategie keine Kostenfaktoren, sondern Investitionen, die es uns ermöglichen, den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen».

«Genau an dieser Schnittstelle zwischen Bildung und Medizin wird die Expertise unserer Berufsgruppe inzwischen nachgefragt», ergänzt Petra Krätsch-Sievert. «So sind wir durch unsere Kollegin Nikola Determann in einer Arbeitsgruppe des Kultusministeriums vertreten, die sich um die Verbesserung der Qualität der Sprachförderung von Kindern in pädagogischen Einrichtungen kümmert. Daher sind wir also auch auf hoheitlicher Ebene in die konzeptuelle Arbeit zum Wohle der Gesellschaft in Baden-Württemberg mit eingebunden. Das Engagement von Logopädinnen und Logopäden findet auf der politischen Bühne in Baden-Württemberg Gehör, wird geschätzt und nachgefragt. Diese Kooperationen weiter zu pflegen und zum Wohle der Menschen zu intensivieren, ist unsere Aufgabe.»

Auszug Qualitätsbericht Logopädie Ba-Wü, Seite 34/35

Interview mit Petra Krätsch-Sievert, Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie Baden-Württemberg

„Wir melden uns zu Wort!“

Die Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie Baden-Württemberg hat den ersten Qualitätsbericht der Heilmittelbranche veröffentlicht. Nicht mehr nur reagieren, sondern selbstbewusst den eigenen Berufsstand einer breiten Öffentlichkeit präsentieren – das war das erklärte Ziel der Arbeitsgemeinschaft. Nicht bei allen Kollegen stieß dieses Engagement auf Begeisterung. Heidi Kohlwes sprach mit Petra Krätsch-Sievert über Motive, Arbeitsschweiß und Reaktionen.

? Frau Krätsch-Sievert, Sie haben gemeinsam mit einigen Kolleginnen den ersten Qualitätsbericht in der Heilmittelbranche veröffentlicht. Wie kamen Sie auf die Idee?

Im Gesundheitswesen herrscht ein ständiger Verteilungskampf. Es geht seit Jahren vorrangig ums Geld. Wir sehen die Gefahr, dass in diesem Kampf die Interessen des Patienten untergehen und die Sinnhaftigkeit von medizinischen und therapeutischen Leistungen gar nicht mehr inhaltlich, sondern nur noch aus wirtschaftlicher Perspektive diskutiert wird. Diese ganze Fragestellung wollten wir umdrehen und zeigen, dass wir nicht über die Sinnhaftigkeit von Heilmitteltherapie diskutieren müssen, weil diese erwiesener Maßen sinnvoll ist. Zum anderen dominieren in der medialen Berichterstattung Meldungen von Krankenkassen, die behaupten, es würden zu viele Heilmittel verordnet werden. Die AOK sagte zum Beispiel im Oktober 2010, es gäbe in Baden-Württemberg zu viel Logopädie. Als Therapeut steht man dann erst mal da und fragt sich: „Wie kommen die da drauf?“. Wir wollten uns nicht ständig gegen solche Behauptungen rechtfertigen, sondern selber ein Zeichen setzen und zeigen, wie gut die Zahlen eigentlich sind und wie gut auch die Qualität unserer Arbeit ist. Unser Qualitätsbericht ist als Gegengewicht zu der medialen Berichterstattung über Heilmittelerbringung gedacht. Damit wollen ein Statement über uns und unsere Arbeit abgeben.

Wir wollen ein Statement über uns und unsere Arbeit abgeben.

? Ein Qualitätsbericht braucht Daten. Welche Zahlen haben Sie als Grundlage benutzt?

Wir haben zwei Quellen benutzt. Zum einen haben wir die Zahlen des GKV-HIS verwendet und zum anderen eine Patientenbefragung, die wir selbst in Baden-Württemberg durchgeführt haben. Dafür haben wir im Februar 2011 ca. 2.500 Patienten in 46 Praxen standardisiert befragt und die Ergebnisse dann nach den klassischen Kriterien der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität ausgewertet. Diese zwei Datenpools sind die Grundlage für unseren Bericht gewesen.

? In dem Bericht werden ja nicht nur die Zahlen vorgestellt. Was war Ihnen noch wichtig bei der Präsentation in der Öffentlichkeit?

Zahlen sind ja erst mal etwas Trockenes und wenig verlockend zu konsumieren, auch wenn diese in einer schönen Verpackung dargestellt werden. Deswegen wollten wir das Ganze auflockern, in dem wir praktische Aspekte unserer Arbeit hinzugenommen haben. Dazu haben wir zwei Schwerpunkte in der Logopädie ausgewählt, nämlich die Entwicklung der Kindersprache und die neurologischen Störungen. Für diese Bereiche nennen wir dann in dem Bericht konkrete Beispiele, was unsere logopädische Arbeit bewirken kann. Zum Beispiel die

Frau, die nicht essen konnte und jetzt wieder in einem Chor singt oder der Mann mit dem Schlaganfall, der es geschafft hat, in seinen alten Beruf zurückzukehren. Dann haben wir uns noch mit der Frage beschäftigt, in welchem Gefüge wir uns als Therapeuten in der Sprachtherapie bewegen. Das ist zum einen die Kommunikation mit den Ärzten und Krankenkassen aber auch das Networking untereinander. Zusammenfassend wollten wir zeigen, wie wir Logopäden uns in das Netz der Gesundheitsversorgung einbinden.

? Wo wurde der Bericht erstmals veröffentlicht?

Wir haben eine Vorabversion auf dem jährlich stattfindenden Bundeskongress des dbl präsentiert, also der Berufsverbandsöffentlichkeit. Das Feedback, das wir dort bekommen haben, war ein sehr gemischtes und sehr lebhaftes.

? Inwiefern „gemischt"?

Wir haben diesen Bericht auch gemacht, um ihn als Marketinginstrument zu nutzen. Die Marketingstrategie ist, unseren Berufsstand in ein gutes Licht zu rücken. Und zwar in ein berechtigt gutes Licht, denn das beweisen ja unsere Zahlen. Diese offensive Art, sich selber zu präsentieren, entspricht aber nicht unbedingt dem Selbstbild eines therapeutisch handelnden Menschen. Da müssen sich noch einige dran gewöhnen, dass man auch offensiv damit umgehen kann. Vielleicht empfanden einige das neue Instrument auch nur als befremdlich und konnten es nicht richtig einschätzen , denn einen Qualitätsbericht für den Heilmittelbereich gab es vorher ja noch nicht.

? Wem oder was bringt denn nun der Qualitätsbericht etwas?

Meines Erachtens profitiert der gesamte Berufsstand von so einem Qualitätsbericht. Wir haben festgestellt, dass wir in den Kassenverhandlungen, die wir seitdem geführt haben, ganz anders und viel entspannter mit den Zahlen umgehen und viel besser argumentieren können. Denn wir kennen jetzt unsere Zahlen ganz genau. Wenn einem in Verhandlungen dann die Zahlen um die Ohren gehauen werden, ist das nicht mehr einschüchternd, sondern wir können sofort fachlich kontern. Ich denke, wir haben mit dem Bericht ein Stück weit Augenhöhe zu unseren Verhandlungspartnern erreicht und können selbstbewusster als Berufsstand in die Öffentlichkeit gehen. Dadurch sind wir auch ein ernstzunehmender Partner.

Die Logopädin Petra Krätsch-Sievert ist eine der Initiatoren des Qualitätsberichts.

? Das große Ganze kann ja manchmal etwas abstrakt sein. Hilft der Bericht auch dem einzelnen Therapeuten?

Natürlich. Wenn sich zum Beispiel ein Praxisinhaber bei seinen Ärzten vorstellen oder in Erinnerung bringen möchte, kann der Bericht eine gute Hilfe bei seiner Präsentation sein. Denn die eigene professionelle Expertise wird häufig unter den Scheffel gestellt und nicht jedem fällt es leicht, sich gut zu präsentieren. Ich denke, jemand, der trotzdem gerne etwas für seine Praxis machen möchte, kann diesen Qualitätsbericht nehmen und muss dann nicht sagen: „ich bin aber toll", sondern kann sagen: „ich gehöre einer Berufsgruppe an, die toll ist". Das ist etwas von dem wir hoffen, dass die Kollegen davon profitieren können.

Dann muss man einfach aufstehen und sagen: „Hallo? Ich bin auch da!".

? Halten Sie es für wichtig, dass Kollegen und auch andere Heilmittelerbringer Ihrem Beispiel folgen?

Ja, das halte ich für wichtig. Ich hoffe, dass wir als eigene Berufsgruppe das auch auf breitere Füße stellen. Es wäre natürlich toll, wenn man auch für andere Bundesländer so etwas erstellen könnte und so zeigen könnte, dass die Zahlen und die Qualität der Arbeit dort ebenso gut und zeigenswert sind wie in Baden-Württemberg. Natürlich gilt das Gleiche für die anderen Heilmittelberufe. Wenn man sich überlegt, dass die Heilmittel insgesamt noch nicht mal zwei Prozent des gesamten Gesundheitsetats brauchen, dann ist das eine sehr, sehr kleine Gruppe im Gesundheitswesen mit im Gegenzug ganz, ganz großen Playern. Dann muss man einfach aufstehen und sagen: „Hallo? Ich bin auch da!". Und das tun wir mit unserem Qualitätsbericht.

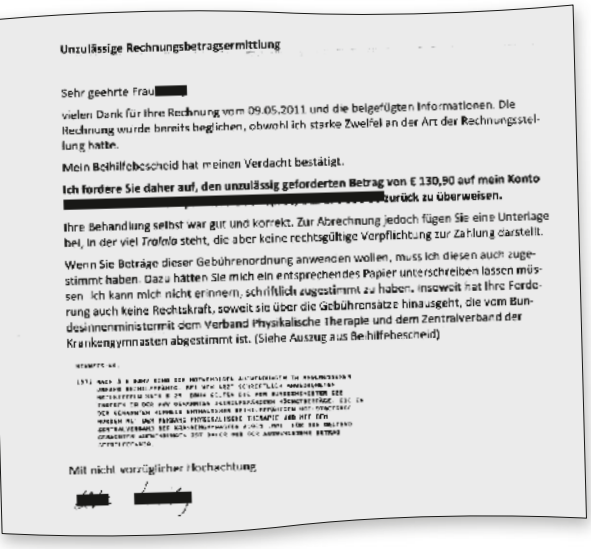
? Vielen Dank für das Gespräch.

Fallbeispiel: Gültigkeit der beihilfefähigen Höchstbeträge

Nachhilfe für die Beihilfe

Daran, dass die Private Krankenversicherung (PKV) oft rechtswidrig die Erstattung von Heilmittelabrechnungen in voller Höhe verweigert, haben sich Praxisinhaber längst gewöhnt. Doch dass jetzt auch die offiziellen Beihilfestellen die Unwahrheit über die beihilfefähigen Höchstsätze verbreiten, ist vollkommen absurd. Zumal der oberste Dienstherr aller Bundesbeamten nach wie vor der Meinung ist, dass die beihilfefähigen Höchstsätze im Heilmittelbereich nicht kostendeckend sind.

Bettina Strauß*, Physiotherapeutin aus Berlin, war ziemlich überrascht, als sie von einer zufriedenen Privatpatientin einen ärgerlichen Brief erhielt. Strauß hatte die Patienten erfolgreich behandelt und dann nach der GebüTh (Gebührenübersicht für Therapeuten) abgerechnet. Die Patientin hatte bei der letzten Therapie ohne „Wenn und Aber" bezahlt. Doch dann bekam die Patientin offensichtlich einen Bescheid der zuständigen Beihilfestelle mit einer falschen Information über die beihilfefähigen Höchstsätze. Sie teilte der Therapeutin in einem Brief ihren Ärger mit: „Insoweit hat Ihre Forderung auch keine Rechtskraft, soweit sie über die Gebührensätze hinausgeht, die vom Bundesinnenminister mit dem Verband Physikalische Therapie (VPT) und dem Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) abgestimmt ist (siehe Auszug aus Beihilfebescheid)."



Unzulässige Rechnungsbetragsermittlung

Sehr geehrte Frau [redacted]

vielen Dank für Ihre Rechnung vom 09.05.2011 und die beigefügten Informationen. Die Rechnung wurde bereits beglichen, obwohl ich starke Zweifel an der Art der Rechnungsstellung hatte.

Mein Beihilfebescheid hat meinen Verdacht bestätigt.

Ich fordere Sie daher auf, den unzulässig geforderten Betrag von € 130,90 auf mein Konto [redacted] zurück zu überweisen.

Ihre Behandlung selbst war gut und korrekt. Zur Abrechnung jedoch fügen Sie eine Unterlage bei, in der viel *Trafala* steht, die aber keine rechtsgültige Verpflichtung zur Zahlung darstellt.

Wenn Sie Beträge dieser Gebührenordnung anwenden wollen, muss ich diesen auch zugestimmt haben. Dazu hätten Sie mich ein entsprechendes Papier unterschreiben lassen müssen. Ich kann mich nicht erinnern, schriftlich zugestimmt zu haben. Insoweit hat Ihre Forderung auch keine Rechtskraft, soweit sie über die Gebührensätze hinausgeht, die vom Bundesinnenministermit dem Verband Physikalische Therapie und dem Zentralverband der Krankengymnasten abgestimmt ist. (Siehe Auszug aus Beihilfebescheid)

[redacted]

Mit nicht vorzüglicher Hochachtung

[redacted]

In dem Beihilfebescheid gibt die die Beihilfestelle der Patientin falsche Informationen.

Und tatsächlich – im Beihilfebescheid teilt die Beihilfestelle unter anderem mit: „...Die in dem genannten Hinweis enthaltenen beihilfefähigen Höchstbeträge wurden mit dem Verband Physikalische Therapie und mit dem Zentralverband der Krankengymnasten abgestimmt...". Damit wird von Seiten der Beihilfestelle der Eindruck erweckt, es habe eine Art Vereinbarung zwischen den betreffenden Verbänden und dem Bundesinnenministerium bezüglich der Höhe von Privatpreise gegeben.

Das weisen alle Beteiligten entschieden zurück. Die Verbände ZVK und VPT verneinen die Beteiligung an einer entsprechenden Vereinbarung. Udo Fenner, Bundesgeschäftsführer des VPT, hat eine gute Erklärung für den merkwürdigen Hinweis der Beihilfestelle parat: „Es ist richtig, dass die Beihilfesätze in früheren Zeiten den Verbänden vor Inkrafttreten vorgestellt wurden und ihnen Gelegenheit gegeben wurde, Stellung zu beziehen. Dies bedeutete jedoch nicht, dass die Sätze mit den Verbänden „vereinbart" wurden. Zumindest der VPT hat in diesen Gesprächen regelmäßig darauf verwiesen, dass die Beihilfesätze nicht den Privatpreisen gem. § 612 Abs. 2 BGB entsprechen („übliche Preise") und somit auch keine verbindliche Wirkung auf die Therapeuten entfalten. Es gab zu keinem Zeitpunkt eine entsprechende Vereinbarung zwischen den Beihilfestellen und dem VPT."

Auch der Pressesprecher des Bundesinnenministers Dr. Philipp Spauschus macht keinen Hehl aus seiner Verwunderung über die Mitteilung der Beihilfestelle und erläutert: „Die beihilfefähigen Höchstsätze der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) für Heilbehandlungen sind ausschließlich für die Beihilfefestsetzungsstellen im Verhältnis zu den Beihilfeberechtigten verbindlich. Sie haben keine Bindungswirkung für das Vertragsverhältnis zwischen den Leistungserbringern und deren Patienten. Vor diesem Hintergrund gibt es keine Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium des Inneren und den Verbänden der Physiotherapeuten und Krankengymnasten."

Bettina Strauß wundert sich darüber, dass eine Beihilfestelle so offensichtlich falsche Informationen an die Patienten herausgeben darf: „In Zukunft werde ich sicherlich jede Information von Beihilfestellen noch kritischer hinterfragen!" – Vielleicht ist das ja gar nicht notwendig, denn der Pressesprecher des BMI ließ sich die Daten der entsprechenden Beihilfestelle geben und versprach, dafür zu sorgen, dass die Beihilfestellen in Zukunft keine offensichtlichen Falschmeldungen an die Patienten herausgeben.

In Zukunft werden Privatpatienten bei Bettina Strauß auch noch einen weitere wichtige Information des BMI mit der Honorarrechnung erhalten. Denn Dr. Philipp Spauschus hat in seiner Beurteilung der Situation auch das noch mal verdeutlicht, was eigentlich jeder Heilmittelpraxis bekannt sein sollte: „Die [...] festgeschrieben Höchstsätze für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel erheben nicht den Anspruch einer vollständigen Kostendeckung für Beihilfeberechtigte, zumal die individuelle Kostendeckung von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. Die Differenz zwischen dem tatsächlich von den Heilbehandlern in Rechnung gestellten Betrag und dem beihilfefähigen Höchstbetrag muss von den Beihilfeberechtigten selber getragen werden." *(bu)*

Service: Die Pressemitteilung des Bundesministeriums des Inneren können Sie auch im Internet im Original nachlesen: Auf *www.privatpreise.de* finden Sie unter Quellen/Urteile alle entsprechenden Links und Hinweise.

**Name von der Redaktion geändert.*

Abrechnungsprobleme myofunktionelle Therapie

Anders benannt – Problem gebannt

Immer wieder gibt es Schwierigkeiten mit der Abrechnung von zahnärztlichen Verordnungen „myofunktionelle Therapie“ auf Muster 16. Besonders die Techniker Krankenkasse tut sich hier hervor und gibt als Absetzungsgrund in der Regel eine fehlende Genehmigung an. Um Abrechnungsstress zu vermeiden, gibt es für Logopäden eine elegante Lösung.

In der Vergangenheit erhielten Logopäden immer wieder eine Kürzung bei der Abrechnung „myofunktionelle Therapie“ auf Muster 16 mit der Begründung, dass vorher eine Genehmigung der Kasse einzuholen sei. Insbesondere bei der Techniker Krankenkasse kam es vermehrt zu dieser Problematik. Aber auch bei der BARMER GEK und der DAK sind Einzelfälle bekannt.

Die Techniker Krankenkasse begründet ihr Vorgehen gegenüber *up*: „Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK), die von ihrem Zahnarzt eine Verordnung „myofunktionelle Therapie-Sigmatismus“ erhalten, müssen diese Verordnung zunächst bei ihrer Kasse zur Genehmigung einreichen. Sobald die Kasse die Verordnung geprüft und genehmigt hat, kann die Therapie beginnen. Wird die Verordnung vorher nicht zur Genehmigung eingereicht, erfolgt eine Kürzung.“

Das Verhalten der Kasse ist durchaus korrekt, wie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf Anfrage von *up* am 21.8.2011 bestätigte: „Keine Übereinstimmung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht über die Verordnung der myofunktionellen Therapie. Die myofunktionelle Therapie durch den Zahnarzt gehört nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung (Beschluss der Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 des Zahnarzt-/Ersatzkassen-Vertrages vom 31.7.1980). Daraus folgt nach Auffassung der KZBV, dass auch die Verordnung von myofunktionellen Maßnahmen nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört.“ Dagegen seien die Spitzenverbände der Krankenkassen der Ansicht, dass die Verordnung der myofunktionellen Therapie in Einzelfällen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sei und durch Vertragszahnärzte verordnet werden könne.

Eine einvernehmliche, allgemein gültige Lösung gibt es bislang nicht. So hat jede Kasse das Recht, eine Verordnung mit dieser Diagnose im Vorfeld zu prüfen und zu genehmigen. Für Logopäden gibt es allerdings eine elegante Lösung, um das Abrechnungsproblem zu vermeiden, weiß die Logopädin Christiane Sautter-Müller: „Die meisten myofunktionellen Störungen sind mit einer Störung der Aussprache verbunden. Elegant wäre es daher, die Wörter „myofunktionelle Störung“ und „myofunktionelle Therapie“ zu vermeiden. Ein Zahnarzt könnte beispielsweise folgendermaßen verordnen: Zehnmal Sprech-/Sprachtherapie à 45 Minuten bei Sigmatismus mit Störung des orofacialen Muskelgleichgewichtes und visceralem Schluckmuster“. Eine leicht umsetzbarer Vorschlag, der viel Stress vermeidet. *(ko)*

kurz & knapp

Kostenlose Checkliste für Patienten +++ Unter *www.weisse-liste.de* finden Patienten und Angehörige ab sofort eine kostenlose Checkliste zur Vorbereitung auf einen Klinikaufenthalt. Die Checkliste gibt konkrete Hinweise etwa für das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt oder die Weiterbehandlung nach der Entlassung. Praxisinhaber können ihren Patienten die Checkliste empfehlen und gleichzeitig über die Möglichkeiten der Anschlussbehandlung informieren.

Der neue Service ergänzt das Internetportal „Weisse Liste“, das seit Mitte 2008 Patienten und Angehörige online bei der Suche nach dem passenden Krankenhaus und seit Anfang 2011 nach dem richtigen Pflegeheim unterstützt. Die „Weisse Liste“ ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

„Mit der Checkliste möchten wir dazu beitragen, dass Patienten besser informiert und vorbereitet in die Klinik gehen können“, betonte Dr. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann-Stiftung, in einer Pressemitteilung der Stiftung. Verbraucher können sich darüber informieren, welche Unterlagen und Dokumente sie in eine Klinik mitnehmen müssen oder was sie vor einer Operation klären sollten. *(ks)*

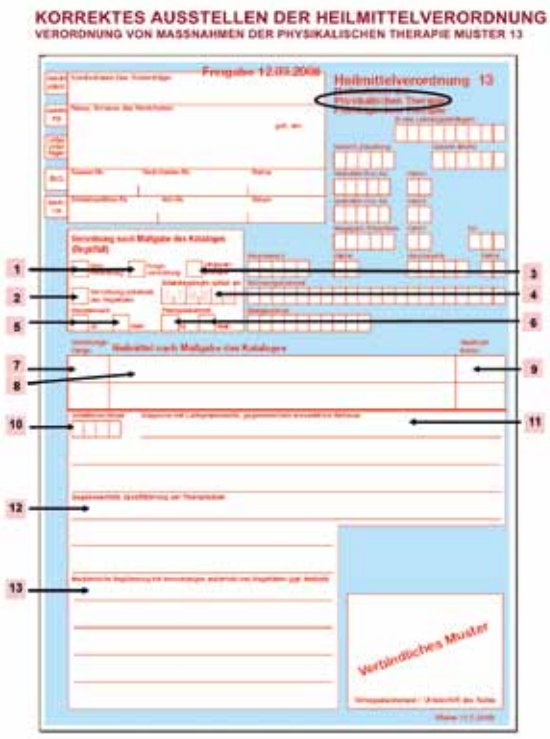
www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

KV Baden-Württemberg:

Ausfüllhilfen für Verordnungen aktualisiert

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat die Ausfüllhilfen für Verordnungen an die neue Heilmittel-Richtlinie angepasst und aktualisiert. Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden und Podologen können sich jetzt die Hilfe als PDF im Internet herunterladen.



Wie füllt man Heilmittelverordnungen korrekt aus? Was muss dabei alles beachtet werden? Wie vermeidet man formelle Fehler? Diese Fragen beantwortet jetzt die KV Baden-Württemberg mit ihrer Ausfüllhilfe. Für jede Berufsgruppe steht ein ausführliches PDF zum kostenlosen Download bereit. Nicht nur Therapeuten aus Baden-Württemberg können von dem Service profitieren, sondern auch alle anderen, denn die Ausfüllhilfen beinhalten keine bundeslandspezifischen Anmerkungen und sind deswegen bundesweit einsetzbar. *(ko)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Service: Die Ausfüllhilfen der KV Baden-Württemberg finden Sie im Internet unter *www.kvbawue.de/praxisalltag/verordnungsmanagement/heilmittel/ausfuellhilfen*.

Ausbildungskosten steuerlich absetzbar

Angehende Therapeuten und Studenten können die Kosten ihrer Ausbildung künftig leichter steuerlich geltend machen. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) jetzt entschieden. Ein Urteil mit weitreichenden Folgen: Dem Staat drohen Steuerausfälle in Millionenhöhe.

Das höchste deutsche Finanzgericht hat mit zwei Beschlüssen der gängigen Praxis der Finanzämter widersprochen, wonach die Aufwendungen für die Erstausbildung oder das Erststudium generell nicht mit späteren Steuerzahlungen verrechnet werden können. Das seit 2004 geltende allgemeine Abzugsverbot könne nicht aus dem Einkommensteuergesetz abgeleitet werden, entschieden die Richter. Zu den Sonderkosten gehört alles, was im Rahmen des Studiums oder der Ausbildung bezahlt werden musste und belegt ist, u.a. Miete am Studienort, Studiengebühren, Ausgaben für Computer, Bürobedarf und Bücher sowie die Fahrten zwischen Wohnung und Uni.

Angehende Therapeuten und Studenten können durch das Urteil Kosten sparen.

Das Urteil des Bundesfinanzhofes bezieht sich auf zwei Fälle: Im ersten hatte ein angehender Pilot geklagt und Ausbildungskosten von fast 28.000 Euro geltend gemacht. In seiner Einkommensteuererklärung 2004 beantragte er einen Verlustvortrag mit dem Argument, die Ausbildung gleiche vorweggenommenen Werbungskosten für den Job als angestellter Pilot. Im zweiten Fall hatte eine Medizinstudentin eine entsprechende Verlustfeststellung für ihr Studium beantragt. In beiden Fällen, so das Gericht, seien die Kosten der Ausbildung hinreichend konkret durch die spätere Berufstätigkeit der Kläger veranlasst, so dass sie als vorweggenommene Werbungskosten berücksichtigt werden müssten.

Grundsätzliche Wirkung haben die Urteile zunächst nicht. Das Finanzministerium muss jetzt entscheiden, ob die Beschlüsse auch im Alltag angewendet werden können. Auch wenn die konkreten Folgen noch nicht klar sind, raten Experten Studenten und Lehrlingen eine Steuererklärung abzugeben. (Az.: VI R 38/10 und VI R 7/10). *(ks)*

Die Chefseite

Wechseln in Teilzeit – was passiert mit dem Resturlaub?

Das Teilzeit- und Befristungsgesetz macht es den Mitarbeitern in Therapiepraxen möglich, ihre Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung umzuwandeln, wenn keine zwingenden betrieblichen Gründe dagegen sprechen. Praxischefs sollten darauf achten, dass zusätzlich zum zurückgehenden Umsatz nicht unnötig hohe, ungeplante Kosten auf die Praxis zukommen.

Dies kann zum Beispiel passieren, wenn ein Mitarbeiter im dem Jahr, in dem er in die Teilzeitbeschäftigung wechselt, noch Urlaubsanspruch hat. Nach einem aktuellen Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) hat der Mitarbeiter nämlich auch in der neuen Beschäftigungsform noch den Anspruch auf den Resturlaub und auf das Gehalt, das er während seiner Vollzeitbeschäftigung an diesen Urlaubstagen weiterbezahlt bekommen hätte.

Ein Beispiel: Eine Therapeutin hat bisher 40 Stunden pro Woche an fünf Tage in der Woche gearbeitet. Sie hatte einen Urlaubsanspruch von sechs Wochen, also 30 Tagen im Jahr. Beim Wechsel der Therapeutin in eine Teilzeitbeschäftigung mit 24 Stunden pro Woche an drei Tagen hat sie zukünftig einen Urlaubsanspruch von 18 Tagen, um so auch auf einen Jahresurlaub von sechs Wochen zu kommen. Wechselt die Mitarbeiterin jetzt nach dem 30. Juni von 40 Stunden die Woche auf 24 Stunden, so steht ihr für dieses Jahr ihr voller Urlaub aus der Vollzeitbeschäftigung zu, nämlich 30 Tage. Hat die Mitarbeiterin bis Juni schon zehn Tage Urlaub genommen hat, bleibt ihr für das zweite Halbjahr noch ein Anspruch auf 20 Urlaubstage. Bei einer regelmäßigen drei-Tagewoche sind das fast sieben Wochen. An diesen 20 Tagen hat die Mitarbeiterin dann auch den Anspruch auf ihr altes Gehalt.

Praxisinhaber sollten also genau darauf achten, zu welchem Zeitpunkt die Mitarbeiter in ein Teilzeitarbeitsverhältnis wechseln. Wenn dies vor dem 30. Juni geschieht, dann besteht ein anteiliger Anspruch auf den Jahresurlaub. Wechselt ein Mitarbeiter nach dem 30. Juni, dann ist es sinnvoll, sich mit dem Mitarbeiter darauf zu einigen, den Resturlaub auszuzahlen, um den Umsatzausfall so gering wie möglich zu halten.

Ein besonderer Fall liegt vor, wenn eine Mitarbeiterin nach der Elternzeit mit reduzierter Arbeitszeit in den Beruf zurückkehren möchte. Wenn es hier noch Urlaubsansprüche aus der Zeit vor der Elternpause gibt, dann gelten diese nach der Elternzeit weiter. *(bj)*

Arbeitsunfähigkeit nur vorgetäuscht? Was nun?

Wenn ein Mitarbeiter krank wird, ist das für alle Beteiligten oft belastend. Richtig ärgerlich ist es, wenn ein Arbeitnehmer seine Erkrankung nur vortäuscht. Das ist definitiv ein Anlass für arbeitsrechtliche Konsequenzen. Beispielsweise fehlt ein Mitarbeiter schon seit einigen Wochen wegen eines angeblichen Bandscheibenvorfalls. Plötzlich tauchen in einem sozialen Netzwerk im Profil des Mitarbeiters aktuelle Fotos auf, die den Mitarbeiter in einem Kurzurlaub in Österreich bei einer Rafting-Tour zeigen.

Die vorgelegte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Mitarbeiters gilt trotzdem erst einmal weiter. Der Arbeitgeber kann aber im Falle des berechtigten Zweifels an der Arbeitsunfähigkeit seinen Mitarbeiter schriftlich und mit Festsetzung einer Pflicht auffordern, seine Arbeitsunfähigkeit glaubhaft zu machen und darzulegen, welche gesundheitlichen Beschwerden bestehen und welche Verhaltensmaßnahmen der Arzt vorgegeben hat. Kommt der Mitarbeiter dieser Aufforderung nicht nach, kann eine Kündigung in Betracht gezogen werden – auch eine fristlose. Vor der Kündigung kann die Arbeitsunfähigkeit des Mitarbeiters auch mit der Meldung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden (vgl. § 275 SGB V). *(bj)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können im Downloadbereich unter *www.buchner-shop.de* kostenlos Musterspielregeln für die Praxis downloaden.

up-premium plus

Folgende Dateien zu dieser Ausgabe können ***up-premium plus*** Kunden exklusiv und gebührenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen:

- Musterspielregeln für die Praxis
- Rahmenverträge für Heilmittelerbringer

Zumutbare Belastung bei Krankheitskosten teilweise verfassungswidrig

Krankheitskosten sollen vollständig als außergewöhnliche Belastungen in der Steuererklärung abgezogen werden können. Das hat der Bundesverband der Lohnsteuerhilfevereine (BDL) gefordert, der die zumutbare Belastung bei Krankheitskosten teilweise für verfassungswidrig hält. Er empfiehlt, bei Ablehnung durch das Finanzamt Einspruch einzulegen.

„Wir halten die geltende gesetzliche Regelung für verfassungswidrig und haben den uns angeschlossenen Lohnsteuerhilfevereinen empfohlen, in entsprechenden Fällen Einspruch einzulegen und Ruhen des Verfahrens aus Zweckmäßigkeitsgründen zu beantragen“, erklärte BDL-Geschäftsführer Erich Nöll in einer Presseinformation des Verbandes. Zur Frage der Verfassungsmäßigkeit der zumutbaren Belastung bei Krankheitskosten sei derzeit ein Verfahren beim Finanzgericht Rheinland-Pfalz (Az. 4 K 1970/10) anhängig und „es ist lediglich eine Frage der Zeit, bis auch das erste Revisionsverfahren beim Bundesfinanzhof anhängig ist“.

Aus Sicht des BDL seien insbesondere die Praxisgebühr, die Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und medizinischen Hilfsmitteln, zu stationärer Krankenhausbehandlung, zu Rehabilitation sowie der Eigenanteil der Aufwendungen für Zahnersatz betroffen. Ausgenommen seien dagegen Aufwendungen für Sehhilfen, da diese auch von Empfängern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeldern selbst getragen werden müssten.

Einspruch einlegen!

Der BDL empfiehlt daher allen Steuerpflichtigen, künftig grundsätzlich alle Krankheitskosten zu beantragen, und zwar unabhängig davon, ob sie offensichtlich unter dem Betrag der zumutbaren Belastung liegen oder nicht. Sollte das Finanzamt die Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastung nicht oder nur teilweise abziehen, sollte Einspruch eingelegt und unter Hinweis auf das genannte Klageverfahren beim Finanzgericht Rheinland-Pfalz das Ruhen des Verfahrens aus Zweckmäßigkeitsgründen beantragt werden, rät der BDL.

Der BDL beruft sich im Wesentlichen auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 13.2.2008 (Az.: 2 BvL 1/06), wonach die Aufwendungen eines Steuerpflichtigen für seine Krankenversicherung steuerfrei bleiben, soweit sie mit der Versorgung auf Sozialhilfeniveau vergleichbar seien (Basisversorgung). *(ks)*

Bundesverfassungsgericht hält an Urteil fest

Keine Familienversicherung für Besserverdienende

Das Bundesverfassungsgericht bleibt dabei: Besserverdienende Ehepaare können ihre Kinder auch künftig nicht beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenkasse mitversichern, wenn der Ehepartner mit höherem Einkommen privat versichert ist. Die punktuelle gesetzliche Benachteiligung verstoße nicht gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz, urteilte jetzt das höchste deutsche Gericht.

Im vorliegenden Fall hatte eine Frau aus Niedersachsen Verfassungsbeschwerde eingelegt. Die Frau wollte ihre vier Kinder über die Familienversicherung mitversichern lassen. Sie ist berufstätig und gesetzlich versichert, ihr Ehemann, ein selbständiger Rechtsanwalt, privat. Das Bundesverfassungsgericht wies die Beschwerde als unbegründet ab, da nach den gesetzlichen Vorschriften eine beitragsfreie Versicherung der Kinder nicht möglich sei, vielmehr müssten sie in der privaten Krankenkasse des Vaters Beiträge zahlen.

Die Beschwerdeführerin sah darin eine Benachteiligung gegenüber unverheirateten Eltern. Denn hier könne der Elternteil mit gesetzlicher Krankenversicherung seine Kinder stets in der kostenfreien Familienversicherung mitversichern. Damit würden verheiratete Eltern schlechter gestellt als in Lebensgemeinschaft lebende Eltern. Das Gericht hielt die Beschwerde für unbegründet und nahm sie nicht zur Entscheidung an.

Die Richter halten damit an ihrem Urteil vom 12. Februar 2003 fest. Danach verstoße die Ungleichbehandlung verheirateter Eltern gegenüber unverheirateten Eltern im Hinblick auf die Familienversicherung nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz in Verbindung mit dem Grundrecht auf Ehe und Familie. (Az.: 1 BvB 429/11). *(ks)*

Neue Studie zu Schlaganfall-Rehabilitation

Physiotherapie muss sich nicht hinter Hightech verstecken

Bei der Rehabilitation von Schlaganfall-Patienten ist die Nutzung von Heimtrainern oder Laufgeräten den abwechslungsreichen Bewegungsübungen unter Anleitung eines Physiotherapeuten nicht überlegen. Das ist das Ergebnis einer US-Studie, die im „New England Journal of Medicine (NEJM)“ veröffentlicht wurde.

Für die Studie hatte das Team um Professor Pamela Duncan von der Duke University in Durham 408 Personen, die zwei Monate vor Beginn der Rehabilitation einen Schlaganfall erlitten hatten, in drei Trainingsgruppen eingeteilt. Die erste, die sogenannte Locomotor-Gruppe, startete nach zwei Monaten mit ihrem Übungsprogramm, die zweite erst sechs Monate später. Die dritte Gruppe begann zwei Monate nach dem Schlaganfall mit einem traditionellen Heimübungsprogramm unter Anleitung eines Physiotherapeuten. Alle drei Gruppen absolvierten im Laufe von 12 bis 16 Wochen insgesamt 36 Sitzungen à 90 Minuten. Ziel der Studie war es, eine Verbesserung der Gehfähigkeit spätestens ein Jahr nach dem Schlaganfall zu erreichen.

Kaum Unterschiede bei Teilnehmern

Dies schafften 52 Prozent aller Teilnehmer. Zwischen den drei Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Gehgeschwindigkeit, dem Balanciervermögen und der Lebensqualität. Im Laufe der Reha kam es lediglich zu zehn ernsten Nebenwirkungen: Im Vergleich zu der Gruppe, die zuhause trainierte, traten in beiden Locomotor-Gruppen vermehrt Schwindelgefühle und Ohnmachten auf. Unter den Patienten mit ernsten Gehbehinderungen, die zwei Monate nach dem Schlaganfall mit dem Training auf dem Laufband gestartet waren, traten zudem öfter Mehrfachstürze auf, berichteten die Wissenschaftler.

Die aktuelle Studie bestätigt und untermauert die Gesamtbewertung des Cochrane Reviews „Treadmill training and body weight support for walking after stroke“ von Moseley et al. aus den Jahren 2003 und 2005. *(ks)*

Rückenleiden sorgen für die meisten Ausfalltage

Durch den kalten Winter mit der Erkältungswelle stieg der Krankenstand der DAK-Versicherten im ersten Halbjahr 2011 um 3,6 Prozent. In den ersten sechs Monaten des Vorjahres lag er noch bei 3,3 Prozent, heißt es in einer Pressemitteilung der DAK. Durchschnittlich fehlte ein Beschäftigter 6,5 Tage. Die meisten Fehltage gehen aber nach wie vor auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück – eine Herausforderung für Therapeuten in Sachen Prävention.

Mit einem Anteil von 20,7 Prozent (2010: 21,3 Prozent) sind Rückenleiden für die meisten Ausfalltage verantwortlich. „Das ist schon traditionell“, meint Diplom-Psychologe Frank Meiners, zuständig für die DAK-Gesundheitsberichterstattung. Diese degenerativen Erkrankungen sorgten in der Regel für längere Fehlzeiten.

An zweiter Stelle folgen Atemwegserkrankungen mit 18 Prozent (2010: 16,8 Prozent) sowie Verletzungen mit 13,6 Prozent (2010: 14,4 Prozent). An vierter Stelle liegen psychische Krankheiten, sie stiegen im ersten Halbjahr 2011 auf 12,7 Prozent am gesamten Krankenstand (2010: 11,4 Prozent). Dieser Trend zu immer mehr Fehlzeiten habe stetig zugenommen, meint der DAK-Experte. „Vor über zehn Jahren lag der Anteil der psychischen Erkrankungen bei 6,6 Prozent, heute hat er sich nahezu verdoppelt.“

Im ersten Halbjahr 2011 nahmen Atemwegserkrankungen und seelische Leiden überproportional zu, heißt es bei der DAK weiter: 100 Versicherte blieben von Januar bis Juni durchschnittlich 116 Tage wegen Erkältungen zu Hause (2010: 100 Tage). Wegen psychischer Krankheiten kamen im gleichen Zeitraum auf 100 Versicherte 88 Fehltage (2010: 67 Tage). *(ks)*

Therapeuten haben Defizite in Sachen Internet und Social Media

Immer mehr Patienten informieren sich im Internet über Gesundheitsthemen

Mehr als 70 Prozent der Deutschen nutzen das Internet – Tendenz jährlich steigend. In Sachen Gesundheit wird das Netz für viele zu der unverzichtbaren Informationsquelle Nummer Eins. Das ist das Ergebnis der Gesundheitsstudie 2011 der Kommunikationsagentur MSL Germany und des Marktforschungsinstituts SKOPOS. Praxischefs sollten den Trend für ihre Praxis nutzen.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

98 Prozent der Befragten gaben an, sich regelmäßig oder gelegentlich im Internet zu informieren, so die Studie. Allerdings scheinen viele Praxisinhaber diesen Trend bislang verschlafen zu haben, wie Stefan Schulz, Geschäftsführer der Starke Software GmbH, weiß. Nach einer Umfrage unter mehr als 500 Kunden der Firma Buchner & Partner gaben 62 Prozent an, noch keine eigene Homepage zu haben.

Internet als Ergänzung zu ärztlicher Beratung

Ein Versäumnis, wie die Ergebnisse der MSL-Studie „Neues aus dem virtuellen Wartezimmer“ zeigen. Im Rahmen der Online-Erhebung waren 1.002 Frauen und Männer zu ihrem Informationsverhalten zum Thema Gesundheit befragt worden, fast 40 Prozent von ihnen waren chronisch krank. Trotz des nach wie vor hohen Vertrauens zum Arzt holen sich Patienten weitere Informationen aus dem Netz: 41 Prozent der Deutschen befragen das Internet vor einem Arztbesuch und immerhin 31 Prozent nach einem Termin. „Nahezu jeder Zweite“, so SKOPOS-Projektmanager Till Winkler, „ nutzt das Internet heute als Ersatz bzw. Ergänzung zu ärztlicher Beratung.“

Vor allem für chronisch Kranke ist das Internet besonders wichtig: 69 Prozent der Betroffenen suchen aktiv nach Gesundheitsinformationen, 99 Prozent davon im Netz. Dazu gehören laut Studie u.a. die gezielte Suche nach Arzt- und Krankenhausbewertungen. Aber auch am Austausch mit Leidensgenossen und Ärzten sind Chroniker interessiert. Dabei spielen Foren, in denen Betroffene anonym auftreten können, eine deutlich wichtigere Rolle im Netz als soziale Netzwerke wie Facebook oder Twitter. Fast jeder Zweite der Befragten kann sich vorstellen, Blogs anderer Patienten über Erfahrungen und Therapieerfolge zu lesen oder Online-Foren zu besuchen. Auch Blogs von Therapeuten können wichtige Informationsquellen für Patienten sein. *up* berichtete bereits ausführlich in der Ausgabe 2/2010 über das Thema „Bloggen für Therapeuten“.

Facebook und Twitter eher für „seichte“ Themen

Facebook und Twitter, so Winkler, eigneten sich eher für „seichte“ Themen, wie Erkältungen, Allergien oder Zahnpflege. Schwere körperliche Leiden oder Beeinträchtigungen, die dem Patienten unter Umständen peinlich sind, könnten eher über anonyme Plattformen diskutiert werden. „Therapeuten haben aber bereits heute die Möglichkeit, die Kommunikation effizienter zu gestalten, z.B. durch E-Mail-Terminvereinbarung oder ein Trainingsplan-Angebot im Internet.“

Auch die Generation 50 plus sucht laut Studie verstärkt im Internet nach Informationen in Sachen Gesundheit. Die „Silver Surfer“ seien mehrheitlich Männer (61 Prozent) und interessierten sich u.a. für die Themen Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Fast die Hälfte von ihnen schenkten Online-Angeboten von Pharmaunternehmen wenig Vertrauen, 35 Prozent meiden kommerzielle Quellen gänzlich und

Hintergrund

Klein anfangen und groß 'rauskommen!

Eine Homepage kann beliebig umfangreich und komplex ausgestaltet werden. Bis alle möglichen Texte, Bilder, Videos und die Technik eingerichtet und erstellt sind, wird leicht der eigentliche Schritt ins Internet auf die lange Bank geschoben. Dann sind die ersten Entwürfe schon nicht mehr aktuell. Deshalb ist es sinnvoll, mit kleinen Schritten anzufangen und eine Technik zu nutzen, mit der Sie Inhalte einfach selbst aktuell halten können.

Vier Schritte zur eigenen Internetseite:

- Internet-Adresse registrieren (die Adresse enthält idealerweise gängige Suchbegriffe wie Ort und Branche – z.B. www.logopaedie-forchheim.de/)
- Einen Server mieten mit einem einfach zu bedienenden System zur Pflege
- Ein Impressum mit Ihren Kontaktdaten anlegen
- Eine kurze Beschreibung Ihrer Praxis und dem was Sie gut können mit einem Bild vom Inhaber oder des Teams einstellen (zusammen maximal eine gedruckte DIN A4-Seite)

42 Prozent würden mehr Informationen von neutralen Anbietern begrüßen.

Therapeut als Fachmann in einem Netz von Beratungsangeboten

Die Patienten suchten in erster Linie glaubwürdige Informationen auf vertrauenswürdigen Seiten, erklärt Projektmanager Winkler. Dies sei allerdings bei dem Überangebot nicht immer einfach. Für die Gesundheitskommunikation sei daher „eine nicht-kommerzielle Ausrichtung ebenso wichtig wie die Seriosität der Quelle" – eine Chance für Praxisinhaber. „Der Therapeut darf sich der Tatsache, dass der Patient das Internet eigenständig nutzt, nicht verschließen." Heutige Patienten seien informierter, der Therapeut sei eher ein „Fachmann in einem Netz von Beratungsangeboten". Um diese Position zu stärken, müsse der Therapeut seinen Patienten auch im Internet mit entsprechender Beratung entgegentreten. Winkler empfiehlt daher den Praxen, ein qualitatives Informationsportal anzubieten, welches die Nutzer auch zum moderierten Austausch untereinander anregen könne.

Das veränderte Verhalten der Patienten mache eine Homepage für Praxen unumgänglich, ist Winkler überzeugt. „Die Internetpräsenz sollte aber zwei Dinge beachten: Sie muss für den Patienten präsent sein, und sie muss informieren. Präsenz fängt in der eigenen Praxis an, z.B. durch Hinweise auf die neue eigene Homepage, und führt hin zur Platzierung des eigenen Angebots neben den Wettbewerbern im Internet." Viele Patienten informierten sich heute erst einmal im Netz über eine Praxis. Daher sollten „die auf der Homepage präsentierten Informationen qualitativ hochwertig, übersichtlich und transparent sein".

Akteure im Gesundheitswesen haben noch Defizite in Sachen Internet

„Das Internet ist Gesundheitsmedium Nummer 1", erklärte Wigan Salazar, CEO der MSL Germany anlässlich der Vorstellung der Studie, „doch fast alle Akteure im Gesundheitswesen haben Defizite in Sachen Internet und Social Media." So blieben die Potenziale von ‚patient-generated-content', von Patienten eingestellte Inhalte, weitgehend ungenutzt. „Dabei könnten Pharmaunternehmen, Ärzte oder Krankenhäuser die Aktivitäten der Patienten nutzen, um in eine konstruktive Diskussion über die Gesundheitsversorgung der Zukunft einzusteigen." *(ks)*

Service: Die Studie „Neues aus dem virtuellen Wartezimmer" ist im Internet unter *www.virtuelles-wartezimmer.de/msl-gesundheitsstudie-2011.html* abrufbar.

Anzeige

Kasseler Ergotherapeutin bietet Selbstzahlerleistung für ADHS-Kinder an

Neurofeedback hilft kleinen „Zappelphilippen“

Immer mehr Kinder leiden heute unter ADHS, im Volksmund auch als „Zappelphilipp-Syndrom“ bekannt. Letzter Ausweg für die gestressten Eltern sind oft Psychopharmaka. Für die Kasseler Ergotherapeutin Claudia Quent ist das nicht immer die geeignete Therapie. Sie setzt auf das Therapiekonzept „Neurofeedback“ und bietet es erfolgreich als Selbstzahlerleistung in ihrer Praxis an.

Auf einer Fortbildung zu ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) in Münster hörte die 30-jährige Therapeutin 2007 zum ersten Mal von der Neurofeedback-Therapie, mit der Kinder lernen, das Muster ihrer Hirnaktivitäten selbständig zu verändern. Beim Training sitzen die jungen Patienten vor einem Computerbildschirm. Über aufgeklebte Mess-Elektroden werden ihre Gehirnströme abgeleitet und steuern ein Computerprogramm. Bei voller Konzentration kann das Kind allein mit seiner Gedankenkraft bei einem virtuellen Fußballspiel einen Elfmeter halten oder nicht. Kurzum: ADHS-Kinder lernen konkret, was es bedeutet, sich zu konzentrieren.

Verfahren bislang wenig genutzt

Obwohl das Verfahren schon seit Mitte der 70er Jahre bekannt ist, wurde es in Deutschland wenig genutzt. „Auch in Kassel gab es damals keine Praxis mit Neurofeedback“, erinnert sich Claudia Quent. Nach ihrer Fortbildung informierte sie sich bei Ärzten, wie diese zu Neurofeedback stehen, wissenschaftliche Studien gab es noch nicht. Die Ergebnisse waren zunächst nicht vielversprechend und so ruhte das Thema für die nächsten Jahre.

Doch der Gedanke an Neurofeedback ließ die gebürtige Thüringerin nicht mehr los und 2009 entschloss sie sich, eine Fortbildung zu machen. Sie absolvierte in der Akademie für Neurofeedback im westfälischen Gronau vier Wochenend-Lehrgänge und bestand 2010 die Abschlussprüfung. Gesamtkosten etwa 1.600 Euro. „Diese Kurse sind nicht unbedingt notwendig“, meint sie heute, „aber sie sind auf jeden Fall zu empfehlen.“ Besonders wichtig sei es, das Gelernte in der Praxis auszuprobieren. So kaufte sich Claudia Quent im Januar 2010 ein eigenes Gerät, das von Ergotherapeuten entwickelt wurde und mit dem sie während der Lehrgänge gearbeitet hatte. „Es muss schon ein Computer mit höherer Leistung sein“, empfiehlt sie. Ihr Gerät plus Zubehör kostete insgesamt etwa 3.500 Euro.

Nach dieser Investition schrieb sie Infobriefe an die Kinderärzte, mit denen sie zusammenarbeitete, und legte in deren Praxen Flyer aus. Sie sprach mit den Eltern ihrer ADHS-Kinder über die neue Methode. „Die ersten Patienten kamen auf Verordnung des Arztes“, erinnert sie sich. Neurofeedback sei bislang keine Kassenleistung, so die Therapeutin, „aber wenn ich der Meinung bin, dass es bei dem einen ADHS-Kind sinnvoll ist, wende ich die Methode auch in meiner Behandlung an“.

Ein weiterer Baustein der ADHS-Therapie

Inzwischen belegt eine Studie, dass Neurofeedback ein erfolgversprechendes Therapieverfahren bei ADHS sei, weil es die Kriterien des Level 5 der „Guidelines for Evaluation of Clinical Efficacy of Psychophysiological

Das Konzept „Neurofeedback“ ist laut Studien ein erfolgversprechendes Therapieverfahren bei ADHS.

Interventions (2002)“ erfülle. In einer Metaanalyse aller 15 bisher veröffentlichten Studien hatten Forscher der Universitäten Nijmegen und Tübingen Therapiedaten von 1.194 Patienten ausgewertet – darunter 60 Prozent Kinder und 40 Prozent Erwachsene. Ihr Fazit: Neurofeedback habe signifikante Effekte auf die Symptome „Impulsivität“ und „Aufmerksamkeit“. Die Methode wirke allerdings nicht bei allen Kindern und sei kein Ersatz für eine medikamentöse Therapie, sondern ein weiterer Therapiebaustein. Die Studienergebnisse waren im Juli 2009 in der Fachzeitschrift „Clinical EEEG & Neuroscience“ veröffentlicht worden.

Auch Claudia Quent ist von der Neurofeedback-Therapie überzeugt. Ihren Erfahrungen zufolge sollten die Kinder jedoch schon etwas älter sein, sie fange frühestens im Alter von acht Jahren mit diesem Verfahren an. Sehr gute Erfolge habe sie mit Jugendlichen ab zwölf Jahren erzielt. „Aber es gibt auch Kinder“, so Claudia Quent, „die es blöd finden, eine halbe Stunde am Computer zu sitzen.“ Die Übungen seien keine Computerspiele im herkömmlichen Sinn, die Animationen seien anstrengend – besonders für Kleinere.

Nicht nur bei ADHS helfe Neurofeedback, ergänzt die Ergotherapeutin, die seit 2005 eine eigene Praxis in Kassel-Harleshausen betreibt, sondern auch bei Autismus, Migräne oder Schlafstörungen. Allerdings blieben Erwachsene bislang eher die Ausnahme, sie bekomme viele Anfragen, aber „es kommen nur wenige“. Vermutlich scheuten sie die Therapie-Kosten: Eine Einheit kostet 50 Euro, die Claudia Quent ausschließlich im 10er-Block anbietet. Das Erstgespräch ist für Selbstzahler kostenlos. Für eine erfolgreiche Behandlung sollten 30 Einheiten einkalkuliert werden. Dafür aber habe die Therapie einen nachhaltigen Effekt. Laut Studien, so die Praxisinhaberin, zeige die Behandlung noch zwei Jahre danach Wirkung.

Therapie muss in Praxiskonzept passen

Nach einem schleppenden Beginn ist Claudia Quent jetzt zuversichtlicher: Im ersten Halbjahr 2011 hat sie durch Neurofeedback etwa zehn neue Patienten gewinnen können, „bei 60 Patienten insgesamt ist das für meine kleine Praxis schon sehr gut“. Und sie kann das Verfahren nur jedem empfehlen, sofern es in das Praxiskonzept passt. „Wer nur motorisch arbeitet, der sollte es nicht machen“, meint die Ergotherapeutin. „Wer aber verhaltenstechnisch arbeitet, für den ist es eine sinnvolle Ergänzung.“ *(ks)*

Die Ergotherapeutin Claudia Quent bietet Neurofeedback erfolgreich als Selbstzahlerleistung in ihrer Praxis an.

Kontakt: Praxis für Ergotherapie, Claudia Quent, Wolfhager Straße 370, 34128 Kassel-Harleshausen, Tel.: 0561-6029148, E-Mail: info@ergokassel.de, www.ergotherapie-quent.de

i Hintergrund

Neurofeedback

Neurofeedback ist für alle Kinder mit ADHS geeignet. Eine Liste qualifizierter Trainer ist bei der Deutschen Gesellschaft für Biofeedback unter *www.dgbfb.de/index.php/therapeutensuche* erhältlich. Das Training umfasst meist etwa 30 Sitzungen, die in drei Blöcke à zehn Einheiten aufgeteilt werden. Anfänglich sind pro Woche mindestens drei Sitzungen von je 60 Minuten ratsam, später können wöchentlich ein bis zwei solcher Trainingseinheiten ausreichen. Zwischen den einzelnen Blöcken sollte eine mehrwöchige Pause liegen, in der das Gelernte im Alltag trainiert werden kann.

Die Kosten für das Neurofeedback liegen derzeit zwischen 60 und 100 Euro pro Sitzung. Bislang ist das Verfahren keine Kassenleistung. Viele Krankenkassen erstatten die Kosten aber, wenn vor Beginn der Behandlung ein entsprechender Antrag gestellt wurde.

Neurofeedback-Fortbildungen bieten unter anderem die Akademie für Neurofeedback in Gronau (www.akademie-neurofeedback.de) und das Institut für EEG-Neurofeedback in München (www.neurofeedback-info.de) an. *(ks)*

Werbe-Ideen für die Praxis

150 Gäste in der Praxis

Getreu ihrem Wahlspruch „Wer nicht wirbt, der stirbt!“ ist die kaufmännische Leiterin der Praxis für Individuelle Fitness und Physiotherapie Solveigh Schütt stets auf der Suche nach neuen Ideen, um für die Praxis im schleswig-holsteinischen Neumünster zu werben. Ihre letzte Aktion: „Ein Tag der offenen Tür“.

Seit 2002 betreut die gelernte Steuerfachwirtin den kaufmännischen Bereich der Praxis für Individuelle Fitness und Physiotherapie, inzwischen als kaufmännische Leiterin und gleichberechtigte Partnerin. Ob Werbung in Bussen oder auf Firmenwagen eines orthopädischen Unternehmens – die 44-Jährige zeigt Kreativität, wenn es um das Thema Marketing geht. Auch mit dem „Tag der offenen Praxis“ hat sie schon positive Erfahrungen gemacht. Vor drei Jahren öffneten sie zum ersten Mal ihre Praxistüren am Waschpohl 5 – damals wie heute war der Anlass die Renovierung der Praxisräume und die Erweiterung der Fitnessfläche.

Vorträge als informative Anreize

„Wir wollen Neues vorstellen und auf Bewährtes hinweisen“, hieß es in der redaktionellen Anzeige der lokalen Tageszeitung. Und bewährt haben sich Vorträge, die den Besuchern Wissen über neue Behandlungsmethoden vermitteln sollen, so Solveigh Schütt. So referierte die 61-jährige Praxisinhaberin Christiane Duncker, die sich 1975 selbständig machte, über die sogenannte „Trigger Punkt-Behandlung“ und die „Erfolgreiche Schmerzbehandlung mit dem Klebeband“. Eine Zahnärztin, die mit der Physiotherapiepraxis zusammenarbeitet, referierte über das Thema „Der falsche Biss – Funktionsstörungen und Zähne“. Die Praxismitarbeiterin Kerstin Felgentreu stellte das neue Fitnesstraining der US-Eliteeinheit Navy Seals „TRX Suspension“ vor.

„Vorträge müssen einfach sein“, fasst die kaufmännische Leiterin ihre Erfahrungen im Rahmen dieser Marketingaktion zusammen. Wer nichts Neues vorstellen könne, sollte sich ein Spezialgebiet wählen und Ärzte als Redner gewinnen, empfiehlt die Werbe-Expertin ihren Praxiskollegen. Dagegen könne man auf Gästelisten verzichten. „Viele Leute haben einfach Angst davor, anschließend pausenlos Werbung zu bekommen.“ Als besonderes Bonbon gab es diesmal Schnupperkarten fürs Fitnesstraining zum Sonderpreis von zehn Euro für drei Mal. „Das ist gut angekommen“. Insgesamt 32 solcher Schnupperkarten wurden verkauft. Die ersten wurden mittlerweile schon eingelöst und führten auch zu längerfristigen Abonnements.

Von rund 150 Gästen über die Hälfte „neue Gesichter“

Für ihre Aktion haben die beiden Praxischefinnen in zwei Tageszeitungen geworben. Sie haben etwa 5.000 Flyer und Handzettel in Apotheken und Geschäften ausgelegt und kleine Poster an den beiden Markttagen unter die Scheibenwischer der parkenden Autos geklemmt. Ein Aufwand, der sich durchaus lohnt: Die Kosten für die Marketing-Aktion beliefen sich auf etwa 200 Euro. Von den rund 150 Gästen waren über die Hälfte „neue Gesichter“ und vielleicht auch bald neue Patienten. *(ks)*

Kontakt: Praxis für Individuelle Fitness und Physiotherapie, Christiane Duncker, Waschpohl 5, 24534 Neumünster, Tel.: 04321-47119, E-Mail: Dunckerphysio@t-online.de, www.physio-duncker.de

Serie: Fallbeispiel aus der *up-premium plus* Hotline

Keine Diskussion mehr um Terminabsprachen

In vielen Praxen kommt es vor, dass abgesprochene Termine mit dem Patienten nicht korrekt eingehalten werden. Der Patient erscheint zu spät oder gar nicht. Häufig erklären die Patienten dann, dass sie sich den Behandlungstermin korrekt notiert haben und der Fehler bei der Praxis liegen würde. Auch Physiotherapeutin Carola Stein* kennt das Problem und stellt der *up-premium plus* Hotline die Frage: „Was kann ich tun, damit Terminabsprachen eingehalten werden?"

Jeder Praxisinhaber kennt diese Situation zur Genüge: Ein Patient vereinbart telefonisch einen Termin und kommt dann eine halbe Stunde oder gar einen ganzen Tag später zur Behandlung als eigentlich vereinbart. Selbstverständlich geht der Patient davon aus, dass er sich den richtigen Termin notiert hat. Die Diskussion um Recht und Unrecht beginnt. So auch bei Carola Stein in München. In ihrer Praxis kam es immer häufiger vor, dass Patienten behaupteten einen anderen Termin genannt bekommen zu haben, als den, der im Terminkalender der Praxis notiert ist. Auch brachten die wenigsten Patienten wirklich die Dinge zum ersten Termin mit, die mit ihnen telefonisch besprochen wurden. Vermutlich, weil sie es sich einfach nicht aufschreiben.

Bei Anruf Willkommensbrief

Das Problem lösen viele Praxen ganz einfach mit selbstdurchschreibenden Terminzetteln. Der Patient bekommt die vereinbarten Termine auf dem Terminzettel zum Mitnehmen notiert und die Durchschrift bleibt bei Ihnen in der Praxis. Dann wird es kaum noch Diskussionen um vermeidlich falsch kommunizierte Termine geben. Ganz einfach, vorausgesetzt, der Patient ist bei Ihnen in der Praxis. Viele Neupatienten vereinbaren allerdings den ersten Termin mit Ihnen meistens telefonisch, so dass der selbstdurchschreibende Terminzettel keine Lösung darstellt.

Dienstleistung für Patienten

Die Lösung: Ein Willkommensbrief vor dem ersten Termin. Da ja alle Heilmittelerbringer Dienstleister für ihre Kunden sind, kann die Dienstleistung auch schon weit vor der Therapie beginnen. Nämlich schon damit, dass der Patient sich beim Termintelefonat nichts notieren muss. Er bekommt von der Praxis einen schriftlichen Willkommensbrief, in dem alles für ihn noch einmal zusammengefasst ist. Ganz auffällig dabei ist natürlich der abgesprochene Termin. So hat der Patient etwas Schriftliches in der Hand und fühlt sich zudem besonders in der Praxis willkommen. Sie verhindern falsch verstandene Terminabsprachen und überraschen Ihre neuen Patienten schon vor dem ersten Besuch in Ihrer Praxis. Die Zahl der Patienten, die von einem anderen Termin ausgehen als Sie, wird dann zukünftig rapide sinken. *(bj)*

**Name von der Redaktion geändert.*

kurz & knapp

Patientenvollmacht als Online-Angebot +++ Unter *www.patientenvollmacht24.de* können Patienten ab 1. September ihre Patientenvollmacht online erstellen und hinterlegen. Das kostenpflichtige Online-Angebot hat das Ärztenetz „Gesundheitsverbund Braunschweig e.V." entwickelt, meldet die Ärztezeitung. Ab 2012 soll das Projekt bundesweit geschaltet werden – ein Service, den Praxisinhaber an ihre Patienten weitergeben können.

„Auf der Homepage erfahren die Nutzer alles rund um die Patientenvollmacht und können die Formulare online ausfüllen", erläutert Hausarzt Dr. Uwe Lorenz vom Gesundheitsverbund. Gleichzeitig werde eine Betreuungs- und eine umfangreiche Bestattungsverfügung auf der Website bereitgestellt.

2009 hatte der Gesetzgeber Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung unter der „Patientenvollmacht" zusammengefasst. Die Dokumente von *www.patientenvollmacht24.de* seien von Juristen und Ärzten verfasst worden und weitaus detaillierter, betonte Lorenz gegenüber der Ärztezeitung. Die Verfügung bliebe PIN-geschützt 20 Jahre auf dem Server. Auf seiner Versichertenkarte des Nutzers weise ein Aufkleber auf die E-Vollmacht sowie den von ihm genannten Bevollmächtigten hin.

Die Kosten belaufen sich auf 66 Cent pro Monat – das sind bei einer Laufzeit von 20 Jahren knapp 160 Euro. Zum Gesundheitsverbund Braunschweig mit seiner Gesundheitsverbund Harz und Heide GmbH gehören derzeit rund 290 niedergelassene Ärzte der Regionen Braunschweig, Gifhorn, Helmstedt. *(ks)*

Werbe-Ideen für die Praxis

Praxiswerbung in Lesezirkeln

Lesezirkel haben eine lange Tradition und liegen in vielen Arztpraxen, beim Friseur oder im Fitnessstudio aus. Orte also, an denen sich auch die Zielgruppe von Therapeuten aufhält. Sie bieten nicht nur unterhaltsame Lektüre, sondern auch eine Plattform für Werbung. Die Kieler Physiotherapeutin Wiebke Gieche wirbt bereits seit einem Jahr erfolgreich in den Lesezirkeln für ihre Praxis.

Vor etwa einem Jahr startete die Inhaberin von „Vivesce – Praxis für Physiotherapie“ die Werbung in den Lesezirkeln. Das Prinzip dabei ist die Mehrfachvermietung von Zeitschriften und Magazinen, die mit einem Schutzumschlag versehen werden und so als Werbeträger dienen. Fünf bis etwa 12 Zeitschriften werden dabei zu einem Sortiment, der sogenannten „Lesemappe“, zusammengestellt. Mit zwei unterschiedlichen selbst entworfenen Anzeigen wirbt Wiebke Gieche auf einer ¼ Seite zum einen für ihre physiotherapeutischen Leistungen und zum anderen für ihr Angebot „Lomi Lomi“, eine Massagetechnik aus dem Inselparadies Hawaii. „Ich habe ein Gesamtpaket gebucht – für knapp 50 Euro im Monat“, erklärt die 36-Jährige. Alle zwei Wochen erscheinen ihre Anzeigen mit unterschiedlicher Platzierung: In der ersten Ausgabe auf der Vorderseite, in der zweiten auf der Innenseite der Vorderseite, in der dritten auf der Innenseite der Rückseite und in der vierten Ausgabe schließlich auf der Rückseite.

Die Kieler Physiotherapeutin wirbt erfolgreich mit einer Anzeige auf dem Cover der Lesezirkel.

50 Prozent der Kunden sind private Haushalte

Lesemappen haben schon eine lange Geschichte: Bereits 1901 wurde der erste Lesezirkel in Kiel gegründet. Getreu dem Motto „Mehr Lesespaß für weniger Geld“ wurden die Lesemappen damals per Holzkarren ausgeliefert. Heute werden die bunten Hefte mit Transportern ausgetragen und liegen nicht nur in Arzt- und Anwaltspraxen oder Friseursalons, sondern auch zu 50 Prozent in privaten Haushalten aus. Damals wie heute waren Lesemappen attraktive Werbeträger, da sie im Unterschied zur Tageszeitung nicht nur von einer, sondern von vielen Personen pro Woche gelesen werden – bis zu 50.000 Leserkontakte, so schätzt Karsten Brenneiser, Geschäftsführer von Jantzens Lesemappen, allein eine Lesemappe werde von rund 59 Personen gelesen.

„Im Lesezirkel ist Werbung immer nah am Verbraucher“, weiß auch Wolfgang Declair, Bereichsleiter Anzeigen beim Leserkreis Daheim in Hamburg, dem größten Unternehmen in der Branche. „Enorme Reichweiten“ und eine äußerst „attraktive Struktur“ der Leserschaft seien entscheidende Vorteile für eine Anzeige: Von den wöchentlich 11,86 Millionen Leser sind nach der aktuellen Media-Analyse MA 2010/II 6,83 Millionen weiblich und 5,03 Millionen männlich. Etwa 6,4 Millionen Leser sind berufstätig, und 2,27 Millionen sind zwischen 40 und 49 Jahre alt.

Bundesweit gibt es etwa 180 Unternehmen, die Lesezirkel vertreiben. Wer eine Anzeige im Lesezirkel überregional schalten möchte, kann zwischen neun Spezialagenturen wählen, die auf der Homepage des Verbands Deutscher Lesezirkel e.V. unter www.lesezirkel.de abgerufen werden können. Auch über den Lesezirkel vor Ort informiert das Internet – einfach die Postleitzahl eingeben, und schon erfährt man, welches Unternehmen in seiner Nähe sitzt.

Die bekannteste Werbeform ist das sogenannte Lesezirkel-Plakat, das die Werbebotschaft zentral auf dem Zeitschriftenumschlag, und damit noch vor der Titelseite positioniert. Man kann sich aber auch für kleinere Anzeigenformate entschließen, bei Jantzen Lesemappen zum Beispiel zwischen fünf verschiedenen Größen, von einer ⅙ Seite bis zu einer ganzen Seite. Bei einer Laufzeit von einem Jahr

kostet eine ¼ Seite alle 14 Tage 22,50 Euro. Für die kleinere Anzeige von einer ⅙ Seite muss der Kunde 6,50 Euro pro Woche zahlen. Als weitere Werbemittel werden Beihefter, Beilagen oder Aufkleber angeboten.

Geringe Kosten und kein Aufwand

Die Kieler Physiotherapeutin ist von der Werbung in Lesemappen überzeugt und wird ihre Werbe-Aktion verlängern. „Eine solche Werbung ist absolut zu empfehlen", meint die Praxisinhaberin. „Der Preis ist relativ gering, und ich muss mich nicht weiter darum kümmern." Einige neue Patienten habe sie dadurch gewinnen können, wie viele könne sie allerdings nicht genau sagen. „Ich bin kein Freund von Statistiken", fügt sie hinzu, „und wir fragen unsere Patienten auch nicht ab, wie sie auf uns aufmerksam wurden." *(ks)*

Konkret: Wer eine Anzeige im Lesezirkel überregional schalten möchte, kann zwischen neun Spezialagenturen wählen, die im Internet des Verbands Deutscher Lesezirkel e.V. unter *www.lesezirkel.de* abgerufen werden können.

Marketingplan mit Geling-Garantie

Viel Bewegung im November

Marketingaktivitäten für den November müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Die Zielgruppe „Mann" verdient sich in diesem Monat besondere Aufmerksamkeit. Wer sich lieber einer fachlichen Thematik widmen möchte, der bietet Marketingaktionen für Diabetiker an. 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.

3.11.2011: Weltmännertag

Männer sind anders. Sie sind anders krank, sie leben anders als Frauen und gehen anders mit ihrer Gesundheit um. „Die Lebenserwartung eines deutschen Mannes ist rund 5,2 Jahre niedriger als die einer deutschen Frau: Männer werden durchschnittlich 77,2, Frauen 82,4 Jahre alt. Männer im Alter zwischen 40 und 50 Jahren bekommen fünf Mal häufiger einen Herzinfarkt als Frauen derselben Altersstufe. 11,2 Prozent der Männer zwischen 30 und 44 Jahren leiden an Fettstoffwechselstörungen, aber nur 7,1 Prozent der Frauen", informiert die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. Aus diesem Grund brauchen Männer auf sie zugeschnittene Angebote. Zum jährlich stattfindenden Weltmännertag bietet sich eine gute Gelegenheit, sich ganz der Zielgruppe „Mann" zu widmen. Auf der Seite www.mann-und-gesundheit.com finden Sie viele Informationen, wie Männer gesundheitstechnisch „ticken" und Beispiele für besonders männerfreundliche Arztpraxen, mit denen Heilmittelerbringer kooperieren können.

14.11.2011: Welt-Diabetes-Tag

Der Welt-Diabetes-Tag wird seit 1991 am 14. November durchgeführt, seit 2006 unter der Federführung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Jedes Jahr gibt es ein neues Motto, in diesem Jahr: „Handeln Sie jetzt!". Aktivitäten zum Welt-Diabetes-Tag lassen sich gut mit den örtlichen Hausärzten koordinieren, die Diabetiker in Diabetiker-Behandlungsprogrammen (DMP) versorgen. Auch spezielle Diabetikerzentren mit fachärztlichen Diabetologen eignen sich ausgezeichnet als Ansprechpartner für Kooperationen zum Thema Bewegung.

Informationen zum Bewegungsangebot speziell für Diabetiker findet man im Internet zum Beispiel unter *www.diabetes-sport.de*. Dort finden Sie unter anderen Fortbildungen wie Nordic-Walking Trainer Diabetes oder Fachartikel zum Thema Diabetiker und Bewegung.

Diabetiker sind vergleichsweise gut vernetzt, denn die Selbsthilfegruppen werden zum Teil gut durch die Pharmaindustrie gesponsert. Auch deswegen funktioniert die Pressearbeit hervorragend. Jede Aktivität vor Ort, die rechtzeitig mit den kooperierenden Ärzten und betroffenen Patienten abgestimmt wird, dürfte mit großer Wahrscheinlichkeit eine gute Presseresonanz bekommen. *(ko)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Weitere Termine

16.11.2011 COPD-Tag
18.11.2011 Tag des Vorlesens
20.11.2011 Weltkindertag
27.11.2011 1. Advent

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:
Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz und silbergrau 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 dem 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