04.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

G-BA berät über Umsetzung der Heilmittel-Richtlinie

Langfristige Klarheit für Patienten erneut vertagt

Die korrekte Umsetzung der Chroniker-Regelung, die in HeilM-RL und SGB V festgelegt ist, wird von den Krankenkassen systematisch verhindert. Das zumindest finden die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und haben auf der heutigen Sitzung einen Antrag gestellt, endlich konkrete Umsetzungsbeschlüsse zu vereinbaren.

Eigentlich waren sich alle Beteiligten einig: Chronisch Kranke sollten in Zukunft Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls erhalten, ohne jedes Mal dafür bei der Krankenkasse eine Genehmigung einholen zu müssen. Also wurde in die Neufassung der HeilM-RL die sogenannte Chroniker-Regelung aufgenommen. Diese sah vor, dass chronisch Kranke eine langfristige Genehmigung von Heilmitteltherapie bekommen sollten mit der Gültigkeitsdauer von mindestens einem Jahr.

Doch dann geriet die Regelung zwischen die Fronten: Man konnte sich nicht darauf verständigen, dass solcherart langfristig genehmigten Heilmittel automatisch aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Arzt herausgerechnet werden. So gab es zwar eine Chroniker-Regelung, jedoch ohne Sinn. Die Kassen erklärten, sie würden ohnehin alles genehmigen, die Ärzte litten weiterhin unter Budgetangst und für die chronisch Kranken änderte sich trotz neuer Regelung in der HeilM-RL: Nichts!

Regelung im Gesetz verankert

Das wollte das Gesundheitsministerium nicht hinnehmen und verankerte die Chroniker-Regelung im § 32 und § 106 SGB V – und zwar mit der ganz klaren Vorgabe: Chronisch Kranke können einen Antrag auf langfristige Genehmigung von Heilmitteltherapie stellen und solcherart genehmigte Heilmittel sind immer extrabudgetär. Das gilt seit dem 1. Januar 2012.

Trotz Änderung in der Heilmittelrichtlinie und einer Gesetzesänderungen gibt noch immer keine Klarheit für chronisch kranke Patienten.

Trotzdem ist sich der G-BA Mitte März 2012 immer noch nicht einig darüber, wie denn die Umsetzung der Chroniker-Regelung in die tägliche Verordnungspraxis gelingen kann. Die Patientenvertreter im G-BA beschwerten sich in der Sitzung darüber, dass die Krankenkassen durch interne Bearbeitungshinweise mit hohen formalen Hürden faktisch eine Umsetzung der Chroniker-Regelung verhinderten. Sie stellten den Antrag, „konkretisierende Regelungen" im G-BA zu vereinbaren, damit die chronisch Kranken endlich von den schon lange beschlossenen Regelungen profitieren können. >>>

Für **up-premium plus** *Kunden:*

Broschüre „Chroniker-Regelung in der Heilmittel-Therapie erfolgreich anwenden"

Aktuell

GKV-Finanzentwicklung in 2011
Krankenkassen haben viel Geld – auch für Heilmittel 8

KKH Allianz veröffentlicht Zahlen der Betrugsfälle in 2011
Physiotherapeuten auf Platz eins der „Betrügerliste" 9

Noch mehr Fragen & Antworten
KBV nimmt Stellung zur Chroniker-Regelun 11

Schwerpunkt

Patienten optimal therapieren
Sinnvolle Selbstzahler-leistungen sind notwendig 3

Konzepte

Physiotherapeut entwickelt Konzept „Therapeutisches Klettern"
Selbstzahlerleistung lockt Patienten von weit her in die Praxis 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp:
Behandlungs-Frequenz 18

Tipps

Beschäftigungsverbot sorgt für klare Verhältnisse
Schwangerschaft der Mitarbeiterin gut organisieren 20

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

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

Kommentar

So sollen Ärzte es der AOK recht machen

Mit einem neuen Online-Lernprogramm sollen sich Ärzte und ihre Teams jetzt über die, nach Ansicht der AOK, „richtige“ Verordnung von Heilmitteln informieren. Allerdings lernt der Arzt bei diesem E-Learning Programm lediglich, wie man sich AOK-konform verhält. Tipps zur angemessen Heilmittel-Versorgung der Patienten ohne Regress-Druck sucht man vergebens.

Die AOK hat jetzt das gemacht, was man von der KBV oder den Heilmittelverbänden erwartet hätte: Im "Quickcheck" können Ärzte anhand konkreter Fallbeispiele aus der Praxis ihr Wissen zur Verordnung von Physikalischer Therapie testen. Die AOK vertritt naturgemäß ihre eigenen Interessen – Arzt- und Therapeutenverbände überlassen damit erneut der AOK die Deutungshoheit über die Heilmittel-Richtlinie.

Bei dem E-Learning Programm läuft man als Arzt schnell in offene Fallen. So wird im schon beim zweiten Lernschritt behauptet, dass bei einem Arztwechsel der Behandlungsfall immer fortgesetzt werden muss. Nicht erwähnt wird, dass Ärzte, die dann folgende Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausstellen, Gefahr laufen, in Regress genommen zu werden. Entweder hat hier jemand nicht aufgepasst oder es werden die Ärzte bewusst auf die falsche Fährte gelockt.

So oder so kommt man schon an dieser Stelle zu der Beurteilung: Nicht empfehlenswert!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung Seite 1

Dieser Antrag wurde am 15. März vom G-BA so beschlossen. Bis zum Juni will man endgültig Klarheit über die Umsetzung herbeiführen – fast ein Jahr später, nachdem die Chroniker-Regelung das erste Mal in Kraft getreten ist.

Kein Stimmrecht für Patientenvertreter

Die Patientenvertreter mussten in der Sitzung ihren Antrag ändern und auf die schriftliche Begründung des Antrags verzichten: Dort sei zu „aggressiv“ den Krankenkassen unterstellt worden, sie würden geltendes Recht beugen, befand der Vorsitzende Dr. Hess und bat um Streichung der Begründung, damit auch die Kassenvertreter dem Antrag zustimmen konnten. Patientenvertreter konnten über ihren Antrag nicht mit abstimmen, denn sie haben traditionell im G-BA kein Stimmrecht. *(bu)*

Ganz konkret: Wenn Sie schon heute das geltende Recht anwenden wollen und chronisch Kranke aus dem Richtgrößenvolumen der Ärzte herausgerechnet haben wollen, dann können Sie als ***up-premium plus***-Kunde ein Exemplar der Broschüre zum Thema „Chroniker-Regelung in der Heilmittel-Therapie erfolgreich anwenden“ bei der Hotline kostenlos vorbestellen. Die Broschüre wird um Ostern herum ausgeliefert und zeigt Ihnen, Ihren Patienten und Ärzten auf, wie Patienten eine langfristige Befreiung erhalten können. Alle anderen Kunden können die Broschüre im *buchner-shop* erwerben.

Weitere Informationen zu diesem Thema lesen Sie auch auf Seite 11.

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), Özlem Erdem-Wulff (öz), Pressemitteilung (pm); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: A. Raths (1), Marco2811 (8), babimu (10), P. Atkins (11), R. Kneschke (12), djama (16), anna (21); Privat (15), Physiotherapie Hajo Friederich (16/17), P&P Creative Service (22)

Patienten optimal therapieren

Sinnvolle Selbstzahlerleistungen sind notwendig

Die IGeL-Leistungen der Ärzte sind in den vergangen Wochen vermehrt in die Schlagzeilen geraten. Von „aggressiver IGel Abzocke“ ist da die Rede, von wirtschaftlichen Interessen der Ärzte und mangelnder medizinischer Notwendigkeit. Dass Patienten derzeit verunsichert sein können, welche IGeL-Leistung denn nun medizinisch sinnvoll sind und welche überflüssig, ist verständlich. Deswegen sollten Therapeuten ihre Patienten noch einmal deutlich über den Unterschied einer Selbstzahlerleistung beim Therapeuten und einer IGel-Leistung beim Arzt aufklären.

Heilmittelerbringer erbringen ihre Selbstzahler-Leistungen als fortführende Leistung zur GKV. Es handelt sich hierbei nicht um fachfremde Leistungen, wie bei einigen IGeL Angeboten der Ärzte, sondern um eine medizinisch sinnvolle Fortführung der Therapie. Dies hat seine Begründung in der Gesetzgebung. So schreibt das SGB V vor, dass Heilmittel-Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Therapeuten behandeln allerdings in der Regel nicht nach dem Prinzip „notwendig“, sondern wollen den Patienten bestmöglich behandeln. Die Wirtschaftlichkeitsklausel SGB V, § 12 Abs. 1 besagt aber, dass es sich im Bereich der GKV-Leistung um eine Minimalversorgung handelt, es gehe darum, die günstigste Kosten-Nutzen-Relation zu erreichen. Das heißt, sobald ein Arzt auch nur vermutet, dass die Minimalversorgung eines Patienten erreicht ist, stellt er keine Verordnungen mehr aus, was nach dem Gesetz ein korrektes Verhalten ist. Der Arzt verordnet also nicht so lange Heilmittel, bis der Patient austherapiert ist.

Sinnvolle Selbstzahlerleistungen sind notwendig

Was passiert nun, wenn die Minimalversorgung ausgeschöpft ist, der Patient aber trotzdem noch Therapie benötigt? Wie sieht es zum Beispiel mit dem Kind aus, das Sprachtherapie bekommen hat und sich nach erfolgter Therapie nun in einem Status befindet, in dem der Therapieerfolg verfestigt werden sollte? Der Arzt sagt, der Regelfall ist ausgeschöpft, die Krankenkasse fordert eine 12-wöchige Therapiepause bis zur nächsten Verordnung – keine weitere Therapie auf Kassenleistung mehr möglich. Die Eltern wollen aber unbedingt, dass die Therapie fortgesetzt wird, um den Therapieerfolg ihres Kindes nachhaltig zu sichern. Nun kann der Therapeut die Eltern über eine medizinisch sinnvolle Fortsetzung der Therapie inklusive der damit verbunden Kosten aufklären. Doch an dieser Stelle tut sich für viele Kollegen ein Riesenproblem auf. Dabei ist nicht die Frage „Weiterbehandeln oder nicht?“ für viele problematisch, sondern die moralische Frage, ob man dafür Geld verlangen darf. Vermutlich würden die Eltern den Therapeuten sehr verwundert anschauen, würde er ihnen eine Weiterbehandlung ihres Kindes ohne weitere Kosten anbieten, mit der Begründung, das sei ja nicht fair, denn schließlich zahle die Kasse nicht. Das käme einem Lottogewinn gleich, ohne dass man überhaupt einen Schein ausgefüllt hätte.

Ethische Verpflichtung zur Aufklärung

Es geht also bei dem Thema Selbstzahlerleistung nicht um das Abzocken von Patienten mit sinnlosen, überteuerten medizinischen Leistungen, wie es zurzeit einigen Ärzten vorgeworfen wird. Ganz im Gegenteil ist das Aufklären über sinnvolle therapeutische Leistungen, die über die Minimalversorgung hinausgehen, eine ethische Verpflichtung des Therapeuten. So besagt das Strafgesetzbuch in § 332c „Unterlassene Hilfeleistung“, wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, wird bestraft. Würde der Therapeut, der das Kind behandelt, die Eltern nicht über die Möglichkeit einer Weiterbehandlung aufklären, beginge er, überspitzt gesehen, eine Art von unterlassener Hilfeleistung (natürlich ohne strafrechtliche Verfolgung).

Man kann dem Patienten also nicht per se unterstellen, er würde keine Fortsetzung der Therapie wollen, nur weil er die Kosten selbst übernehmen muss und ihn schlicht und einfach nicht über seine Therapie-Möglichkeiten aufklären. Das wäre – ethisch gesehen – unterlassene Hilfeleistung. Therapeuten sollten allerdings ganz klar ihre Patienten darauf hinweisen, dass eine Kassenleistung eine Minimalversorgung darstellt, die im Gesetz begründet ist. *(ko)*

Inhalt

Thema: Selbstzahler

- Sinnvolle Selbstzahlerleistungen sind notwendig 3
- Für jede Leistung den richtigen Vertrag 4
- Die „Rechtspflicht“ zur Selbstzahlerleistung 5
- Grüne Welle für Selbstzahler-Angebote 6
- Selbstzahlerleistungen entwickeln 7
- Checkliste 23

Korrekter Umgang mit Selbstzahlerleistungen

Für jede Leistung den richtigen Vertrag

Gerade beim Verkauf von Selbstzahlerleistungen ist Klarheit und Nachvollziehbarkeit bei der Leistungserbringung und -abrechnung ein wichtiger Faktor für die Patientenzufriedenheit. Für den behandelnden Therapeuten sind mögliche Haftungs- und Steuerfragen zu klären bzw. auszuschließen. Ein Behandlungsvertrag regelt solche Fragen bevor die Behandlung beginnt.

Ganz egal, welche Leistung in einer Logopädie-, Ergo- oder Physiotherapiepraxis erbracht wird, die Leistungserbringung sollte immer durch einen Vertrag geregelt sein. Bei Kassenpatienten ist ein Großteil der notwendigen Vereinbarungen über die Kassenzulassung geregelt. Aber bei Privatpatienten und Selbstzahlern ist der Abschluss eines Behandlungsvertrags vor Beginn der Therapie absolut notwendig, um eine spätere Bezahlung sicherzustellen.

BESTANDTEILE EINES BEHANDLUNGSVERTRAGES

1. Vertragspartner festlegen

- Es muss geklärt werden, wer die Vertragspartner sind. Das sind in der Regel der Patient (oder sein gesetzlicher Vertreter) und die eigene Praxis.

2. Anlass des Vertrags

- Der Anlass für die Behandlung sollte eindeutig geklärt sein, um steuerliche und/oder Verstöße gegen das Heilpraktiker-Gesetz zu vermeiden. Dabei gilt: Bezieht sich die zu erbringende Leistung auf eine ärztlich Verordnung bzw. Diagnose, soll eine Heilmittel-Leistung erbracht werden. Diese ist dann umsatzsteuerfrei. Findet eine Behandlung ohne ärztliche Diagnose statt, würde hier ein Verstoß zum Beispiel gegen das Heilpraktiker-Gesetz vorliegen. Damit das nicht passiert, muss im Vertrag eindeutig geregelt werden, dass die Behandlung nur zu Präventionszwecken stattfindet und eine Krankheit nicht behandelt wird. Allerdings sieht das Finanzamt dann solche Leistungen als umsatzsteuerpflichtig an.

3. Benennung der vereinbarten Leistungen und Einzelpreis

- In dem Vertrag sollte die vereinbarte Leistung genau benannt werden, wie sie zum Beispiel in der Leistungsbeschreibung der Krankenkassen festgelegt ist. Auch der Einzelpreis der Leistung sollte aufgeführt werden. Wer die GebüTh nutzt, gibt noch zusätzlich den angewandten Faktor an.
- Die Anzahl der Leistungen (z. B. 6 x KG) sollte man nach Möglichkeit nicht benennen, da so der Vertrag unnötigerweise zeitlich befristet wird. Fehlen die Angaben zur Anzahl der Behandlungen, gilt der Vertrag für den gesamten Behandlungsfall. Man muss also nicht für jede Verordnung einen neuen Vertrag abschließen.

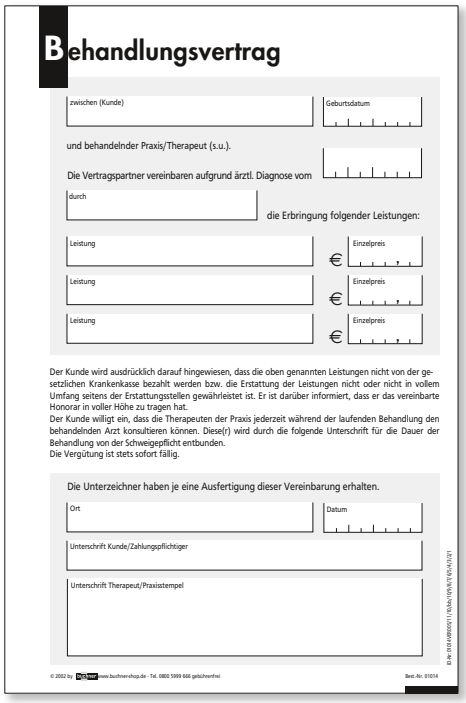
4. Erstattungshinweis

Bei Patienten, die sich die Kosten ganz oder zum Teil erstatten lassen können (z. B. von der PKV), sollten auf jeden Fall darauf hingewiesen werden, dass der vereinbarte Preis auch dann in voller Höhe zu bezahlen ist, wenn die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe bezahlen. Patienten, die keine private Krankenversicherung haben, müssen darüber informiert werden, dass die Krankenkasse die Kosten für die Leistung nicht übernehmen wird.

Besonderheit: Bei GKV-Patienten, die eine Zusatzleistung als Ergänzung ihrer Kassenleistung kaufen möchten, sollte man noch einmal darauf hinweisen, dass die (nicht berechnete) Kassenleistung unabhängig davon erbracht wird, ob der Patient die Zusatzleistung kauft oder nicht.

5. Schweigepflichtentbindung

Bei Verträgen, in denen Heilmittel-Therapie vereinbart wird ohne kassenärztliche Verordnung als Grundlage, kann der Patient im Vertrag einwilligen, dass die Therapeuten während der laufenden Behandlung den Arzt zwecks Rückfragen konsultieren dür-



Behandlungsvertrag

zwischen (Kunde) | Geburtsdatum

und behandelnder Praxis/Therapeut (s.u.).

Die Vertragspartner vereinbaren aufgrund ärztl. Diagnose vom

durch | die Erbringung folgender Leistungen:

Leistung | € Einzelpreis

Leistung | € Einzelpreis

Leistung | € Einzelpreis

Der Kunde wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die oben genannten Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens der Erstattungsstellen gewährleistet ist. Er ist darüber informiert, dass er das vereinbarte Honorar in voller Höhe zu tragen hat.
Der Kunde willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung den behandelnden Arzt konsultieren können. Diese(r) wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht entbunden.
Die Vergütung ist stets sofort fällig.

Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten.

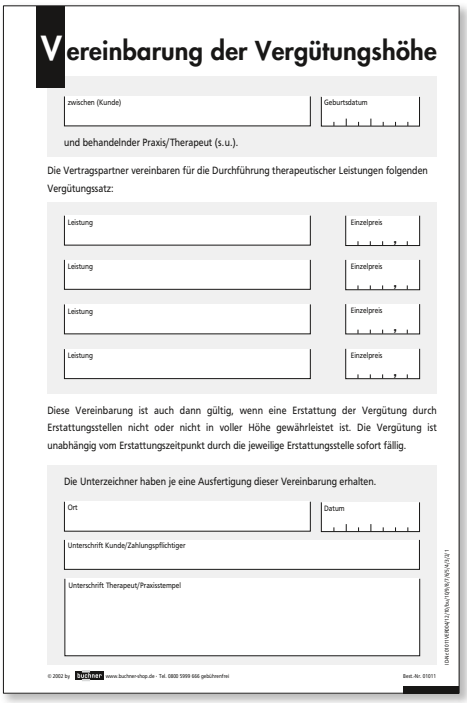
Ort | Datum

Unterschrift Kunde/Zahlungspflichtiger

Unterschrift Therapeut/Praxisstempel

ID-Nr: 0814000001 / 1 / 10/06/10/07/10/14/15/17

© 2002 by Buchner www.buchner-shop.de · Tel. 0800 5999 666 gebührenfrei Best.-Nr. 01014



Vereinbarung der Vergütungshöhe

zwischen (Kunde) | Geburtsdatum

und behandelnder Praxis/Therapeut (s.u.).

Die Vertragspartner vereinbaren für die Durchführung therapeutischer Leistungen folgenden Vergütungssatz:

Leistung | Einzelpreis

Leistung | Einzelpreis

Leistung | Einzelpreis

Leistung | Einzelpreis

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle sofort fällig.

Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten.

Ort | Datum

Unterschrift Kunde/Zahlungspflichtiger

Unterschrift Therapeut/Praxisstempel

ID-Nr: 0814000002 / 2 / 10/06/10/07/10/14/15/17

© 2002 by Buchner www.buchner-shop.de · Tel. 0800 5999 666 gebührenfrei Best.-Nr. 01011

fen und der Arzt in dieser Hinsicht von seiner Schweigepflicht entbunden wird. So kann man auch den „Beweis“ zum Beispiel gegenüber dem Finanzamt erbringen, dass man nach „Weisung“ eines Arztes arbeitet und es sich bei den erbrachten Leistungen um umsatzsteuerfreie Heilmittel handelt.

6. Fälligkeit

In jeden Vertrag gehört ein Hinweis auf das Zahlungsziel. Dabei ist die Regel durch den § 614 BGB definiert, der festlegt, dass Dienstleistungen stets sofort fällig sind. Will der Patient später zahlen, muss das schriftlich vereinbart werden.

7. Willenserklärung

Das Vertragsrecht in Deutschland ist so aufgebaut, dass es für die Gültigkeit des Vertrages besser ist, wenn klar dokumentiert ist, dass beide Vertragspartner je eine Ausfertigung des Vertrages erhalten haben: „Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten.“

8. Abschluss

Ort, Datum und die Unterschriften der beiden Vertragspartner (Patient und Praxis) sorgen dafür, dass der Vertrag rechtskräftig ist. *(bu)*

up-premium plus

up-premium plus- Kunden können ein Vertragsmuster kostenlos an der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

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.

1. Berufsgesetze

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, 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 weitere/ergänzende Leistung dazuzukaufen.

2. Sozialgesetzbuch V

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

3. Strafgesetzbuch

In § 323c Strafgesetzbuch 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 mit einer Lebensqualitätseinschränkung nicht darauf angewiesen ist, vom Therapeuten alle Therapiemöglichkeiten genannt zu bekommen und zwar unabhängig davon, ob die Krankenkasse zahlt oder nicht!

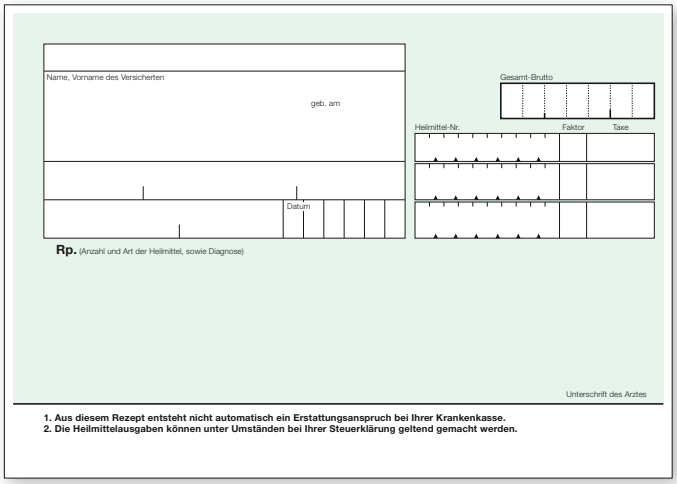
Fassen wir also zusammen: Das Sozialgesetzbuch erlaubt den Kassen nur, die Minimalversorgung zu bezahlen. Viele Patienten könnten ihre (Not-)Situation mit Leistungen jenseits der Minimalversorgung verbessern. Therapeuten, die Patienten solche Leistungen jenseits der Minimalversorgung nicht aktiv anbieten,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

Eine Checkliste für korrekte Selbstzahlerangebote in Heilmittelpraxen finden Sie auf Seite 23.

Wenn der Arzt keine Kassenleistung mehr verordnen will

Grüne Welle für Selbstzahler-Angebote

Seit 2004 gibt es die sogenannten „Grünen Rezepte“. Das sind Rezepte mit Leistungen, die der Patient selbst bezahlen muss. Ursprünglich von der Pharmaindustrie entwickelt, können die grünen Rezepte auch für logopädische, ergo- und physiotherapeutische Selbstzahlerleistungen wichtig sein: Bei der Umsatzsteuerprophylaxe!


Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Gesamt-Brutto
Heilmittel-Nr.
Faktor
Taxe
Datum
Rp. (Anzahl und Art der Heilmittel, sowie Diagnose)
Unterschrift des Arztes
1. Aus diesem Rezept entsteht nicht automatisch ein Erstattungsanspruch bei Ihrer Krankenkasse.
2. Die Heilmittelausgaben können unter Umständen bei Ihrer Steuerklärung geltend gemacht werden.

Empfangsbestätigung für umseitig verordnete Heilmittel

Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers	Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

© 2012 by buchner www.buchner-shop.de · Tel. 0800 5999 666 gebührenfrei
Best.-Nr. 01024
© Nr. 01024WEB1001.0391.2/bb

82 Prozent der Ärzte nutzen das grüne Rezept bewusst als Merkhilfe oder Kaufempfehlung für Patienten.

Kann oder will ein Arzt keine weitere Heilmitteltherapie mehr zu Lasten der GKV verordnen, gibt es oft Diskussionen mit dem Patienten. Um solche Gespräche zu vermeiden, hat die Pharmalobby das grüne Rezept erfunden: Ein Rezeptvordruck, der exakt dem normalen rosa Kassenrezept (Muster 16) nachempfunden ist. Nur ist er eben in grün gedruckt und mit dem deutlichen Hinweis versehen, dass die verordneten Leistungen auf diesem Rezept nicht automatisch von der GKV erstattet werden, aber unter Umständen steuerlich geltend gemacht werden können. Eine Idee, die durchaus auch für Heilmittel-Praxen interessant ist.

Keine Umsatzsteuer für Heilmittel-Leistungen

Gibt es keine GKV Heilmittel-Verordnung mehr, erhält der Patienten seine Verordnung in Form des grünen Rezepts. Wenn er damit in der Heilmittel-Praxis auf eigene Rechnung Leistungen kauft, dann ist klar, dass es sich dabei um Heilbehandlungen handelt. Die Frage nach der Umsatzsteuerpflicht stellt sich also nicht. Jüngst hatten die Finanzbehörden angekündigt, zukünftig alle Selbstzahlerleistungen in Heilmittel-Praxen der Umsatzsteuer unterwerfen zu wollen (wir berichteten). Da das grüne Rezept alle formalen Voraussetzungen erfüllt (Diagnose, Art und Anzahl der Heilmittel), die von den Gerichten als Voraussetzungen für eine Heilbehandlung benannt worden sind, kann man davon ausgehen, dass alle Selbstzahlerleistungen, die aufgrund eines grünen Rezepts erbracht werden, von der Umsatzsteuer befreit sind.

Zudem ist ein grünes Rezept ungemein praktisch, denn damit hat der Patient etwas in der Hand: eine grüne Empfehlung vom Arzt persönlich. Das wirkt, gibt Orientierung und verkauft die Selbstzahlerangebote der Therapeuten besser. Manche Patienten nutzen das grüne Rezept zum Steuern sparen. Bei der Einkommensteuererklärung begründen sie mit dem grünen Rezept die Kosten für Heilmittel als außerordentliche Belastung. Ein netter Nebeneffekt, der die Akzeptanz für Selbstzahlerleistungen ein wenig erhöht.

Privatrezept schlägt auf das Budget

Warum stellt der Arzt nicht aber einfach ein Privatrezept aus? Das liegt an den Krankenkassen. Viele Krankenkassen erstatten den Patienten bei einer Privatverordnung die Kosten der Behandlung, obwohl das gesetzlich nicht so vorgesehen ist. Die so entstandenen Kosten schlagen sie dem Richtgrößenbudget des Arztes zu.

Nach einer Umfrage der „Ärzte-Zeitung“ nutzen 82 Prozent der Ärzte das grüne Rezept bewusst als Merkhilfe oder Kaufempfehlung für Patienten. Nur knapp fünf Prozent der Befragten halten das grüne Rezept für überflüssig. Dann müssen die Ärzte jetzt nur noch lernen, dass man auch Heilmittel auf das grüne Rezept schreiben kann – aber bitte erst dann, wenn die Krankenkasse wirklich nicht mehr zahlt! *(bu)*

up-premium plus

Für alle ***up-premium plus***-Kunden haben wir Musterformulare für Grüne Heilmittel-Rezepte vorbereitet, die Sie auf Wunsch kostenlos bei der Hotline 0800-9477360 anfordern können.

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.

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 sie 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 Fortbildungs-, Raum- und Planungskosten etc. 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. *(bj)*

GKV-Finanzentwicklung in 2011

Krankenkassen haben viel Geld – auch für Heilmittel

Vier Milliarden Überschuss haben die gesetzlichen Krankenkassen 2011 erwirtschaftet. Und das, obwohl im selben Zeitraum die Ausgaben für Heilmittel um deutlich mehr als sieben Prozent gestiegen sind. Das GKV-System verfügt jetzt insgesamt über 19,5 Milliarden Rücklagen. Schon ist ein heftiger Streit darüber entbrannt, was man mit dem Geld machen kann. Unabhängig davon dürfen sich Heilmittelerbringer auch für 2012 über eine Wachstumsprognose von über fünf Prozent freuen.

Läuft die Wirtschaft gut, klappt's auch mit den Einnahmen bei den Krankenkassen. Werden gleichzeitig die Arzneimittelkosten deutlich gesenkt (minus vier Prozent in 2011) dann hat die GKV eine reelle Chance, Gewinne bzw. Rücklagen zu erwirtschaften. Was mit diesem Geld passieren soll, wird gerade kontrovers diskutiert. Die Pharmaindustrie will mehr Geld, das Finanzministerium will weniger Zuschüsse aus Steuermitteln an die GKV leisten und der Gesundheitsminister findet, dass das Geld an die Versicherten zurückgezahlt werden muss. Man darf gespannt sein, wer sich hier durchsetzt.

Die Entwicklung der Heilmittelausgaben in 2011 hat sich im letzten Quartal noch einmal positiv entwickelt. Nachdem im ersten Quartal das Wachstum bei Heilmitteln noch mehr als elf Prozent betrug, lag es im zweiten Quartal nur noch knapp unter zehn Prozent. Bis zum Ende des dritten Quartals betrug der Zuwachs nur noch rund sechs Prozent. Jetzt konnten die Heilmittel im vierten Quartal offensichtlich noch einmal deutlich zulegen, so dass im Jahr 2011 insgesamt ein Wachstum von 7,8 Prozent je Versicherten (7,5 Prozent absolut) bei den Heilmittelausgaben zu verzeichnen ist.

In spätestens vier Wochen sollten die Zahlen des Heilmittel-Informationssystems der GKV veröffentlicht sein. Dann wird man detailliert analysieren können, in welcher Region, welche Fachrichtung mit welchen Leistungen von diesem Wachstum profitiert. Betrachtet man die Vereinbarungen der GKV mit den KVen, dann kann man allerdings schon jetzt vorhersagen, dass auch 2012 ein deutliches Wachstum im Bereich der Heilmittel zu erwarten ist, vermutlich mehr als fünf Prozent. *(bu)*

Osteopathie auf Rezept

Auch BKK Essanelle erstattet jetzt Teilkosten

Anfang des Jahres änderte die Techniker Krankenkasse bereits ihre Satzung und erstattet seitdem 80 Prozent der Kosten für maximal sechs osteopathische Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten. Jetzt zieht auch die BKK Essanelle nach und erweitert ihr Leistungsangebot ab sofort um osteopathische Behandlungen. Das teilte die Kasse in einer Pressemitteilung mit.

Für osteopathische Behandlungen werden von der Kasse 90 Prozent der Kosten in Höhe von je maximal 60 Euro für bis zu sechs Sitzungen pro Jahr erstattet. Die Durchführung der Behandlung kann von einem qualifizierten Osteopathen vorgenommen werden. Voraussetzungen sind, dass die Behandlungen medizinisch notwendig sind und von einem Arzt veranlasst werden. Zur Erstattung reicht der Patient die vorab gezahlte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung bei der BKK Essanelle ein.

„Wenn ein Physiotherapeut eine erfolgreich absolvierte osteopathische Ausbildung hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt, dann kann er die Leistung erbringen", teilte Pressesprecherin Britta Wilms mit. *(ko)*

Service: Weitere Informationen finden Sie unter www.bkk-essanelle.de/leistungen/leistungen-von-a-z/osteopathie.

KKH Allianz veröffentlicht Zahlen der Betrugsfälle in 2011

Physiotherapeuten auf Platz eins der „Betrügerliste“

Auch in diesem Jahr stehen die Physiotherapeuten wieder nach Fallzahlen auf Platz eins der Betrügerliste der KKH Allianz. Geht es allerdings um die Schadenssumme, machen ihnen die Apotheker den Rang streitig. Das teilte die KKH Allianz jetzt mit. Praxisinhaber sollten sofort auf die schlechte Presse reagieren und ihre Patienten über die korrekte Vorgehensweise in der eigenen Praxis aufklären.

Das neunköpfige Ermittlungsteam der KKH-Allianz deckte 2011 insgesamt 589 neue Betrugsfälle mit einer Gesamtforderungssumme von 934.000 Euro auf, wie die Krankenkasse mitteilte. Davon ermittelte die KKH in 146 Fällen gegen Physiotherapeuten. In 65 Fällen wurden die Ermittler im Apothekenbereich tätig, mit 55 Ermittlungsfällen rangiert der Bereich der häuslichen Pflege auf Rang drei. Platz zehn belegen die Ergotherapeuten mit 17 Fällen.

Positiver Trend

Bei der Schadenssumme verschiebt sich allerdings die Rangfolge. Platz eins belegen stationäre Krankenhausfälle mit 222.495,12 €, gefolgt von den Apothekern mit 174.791,66 €. Physiotherapeuten verursachten durch Betrug einen Schaden von 124.786,30 € und Ergotherapeuten bilden 25.753,44 € das Schlusslicht. Im Vergleich zum Vorjahr reduzierten sich jedoch die Betrugsfälle der Physiotherapeuten um fast die Hälfte. So deckten die Ermittler in 2010 noch 228 Fälle auf – eine deutlich positive Tendenz, dass immer mehr Therapeuten Wert auf korrektes Verhalten legen.

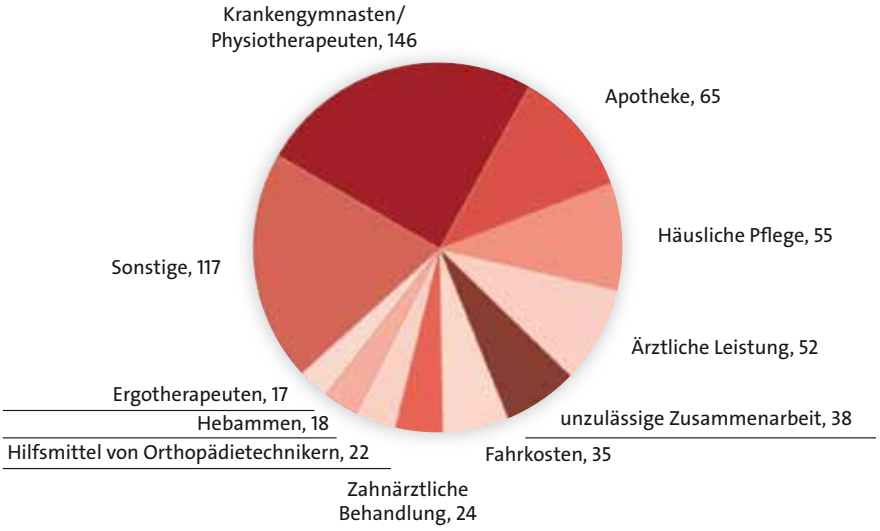
Patienten aufklären

Praxischefs sollten sich nicht über die schlechte Presse aufregen, sondern sofort reagieren. Am besten geht das in der eigenen Praxis. Wer hier ein Aufklärungsblatt für seine Patienten auslegt, auf dem steht: „Abrechnungsbetrug? – Nicht in unserer Praxis!“, der macht seinen Standpunkt klar. Auch wer bislang keine lupenreine Weste hat, kann damit problemlos zeigen, dass ab sofort in der Praxis peinlich genau auf korrektes Abrechnen geachtet wird. Sie können Ihre Patienten bitten, Sie bei der Einhaltung von Fristen und dem korrekten Quittieren von Behandlungen zu unterstützen. Diese Art der Reaktion kommt direkt bei dem Patienten an und sorgt für Vertrauen, was ein gutes Gegengewicht zur der negativen Presse ist. *(ko)*

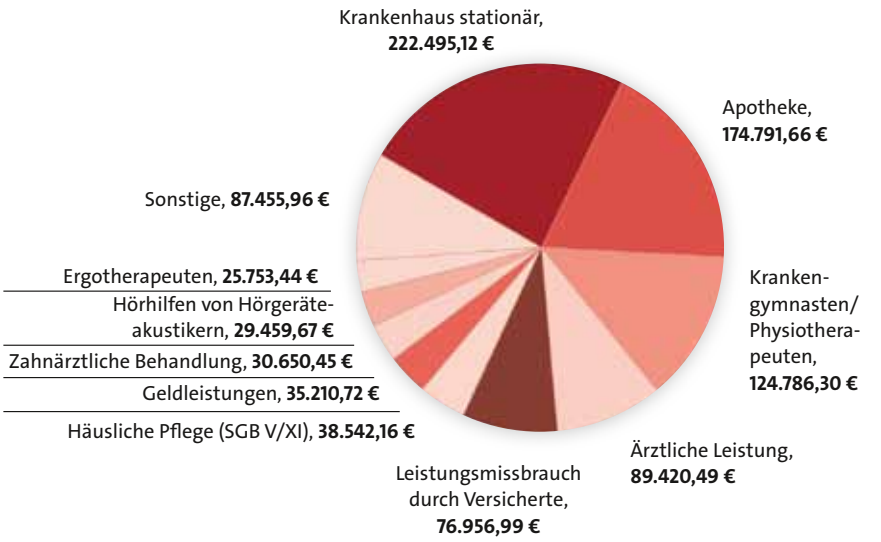
up-premium plus

Für ***up-premium plus***-Kunden haben wir ein Aufklärungsblatt als PDF-Datei vorbereitet, das Sie kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 anfordern können.

Ermittlungsfälle je Leistungsbereich in 2011



Forderungshöhen je Leistungsbereich in 2011



300 Millionen Euro für Prävention in 2010

Mehr betriebliche Gesundheitsprävention – weniger individuelle Angebot

Betriebliche Gesundheitsprävention steigt stark an, individuelle Präventionsangebote gehen leicht zurück. Das ist das Ergebnis des aktuellen Präventionsberichts der gesetzlichen Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Für Heilmittelerbringer, die in den Bereich Prävention einsteigen wollen oder bereits Angebote durchführen, bietet der Bericht fundierte Informationen über die aktuelle Marktlage.

Angebote zur Stressreduktion und Entspannung wurden vermehrt wahrgenommen.

Insgesamt gaben die Krankenkassen rund 300 Mio. Euro für Präventionsaktivitäten in 2010 aus, im Durchschnitt 4,33 Euro je Versichertem. Der gesetzliche Ausgaberichtwert für das Jahr 2010 lag bei 2,86 Euro pro Versichertem. Diese Bilanz ziehen der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in ihrem aktuellen Präventionsbericht. Schaut man sich die Zahlen vom Vorjahr an, sind die Ausgaben für Präventionsleistungen allerdings um 11 Millionen Euro gesunken. So lag der Durchschnitt je Versichertem in 2009 noch bei 4,44 Euro.

Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung stiegen

Ein Schwerpunkt lag im Jahr 2010 bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insgesamt mehr als 42 Mio. Euro gaben die Kassen hier aus, sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Besonderes Augenmerk richteten die Krankenkassen laut Bericht auf die Gesundheitsförderung älterer Arbeitnehmer. Der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre, die Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt hätten, sei um ein Drittel gestiegen. 42 Prozent aller gesundheitsfördernden Projekte wurden in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes durchgeführt. Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz standen im Vordergrund. Dieser Bereich sei häufiger Ziel von Präventionsmaßnahmen, da die körperliche Belastung der Mitarbeiter hier besonders hoch ist, so die Begründung. Am stärksten seien die Unternehmen von mittlerer Größe an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt. Stark zugenommen habe in den letzten Jahren auch der Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit.

Sechs Prozent weniger für individuelle Kurse

Dagegen investierten die Kassen in 2010 weniger Geld in individuelle Kurse zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Stressbewältigung oder Raucherentwöhnung. Darunter fallen auch Kurse wie zum Beispiel Rückenschule etc. Rund 240 Mio. Euro gaben die Kassen hier aus, rund sechs Prozent weniger als noch im Vorjahr. Seit Einführung der Berichterstattung über Leistungen nach dem individuellen Ansatz mit dem zweiten Präventionsbericht im Jahr 2002 sei die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen hätten, bis zum Jahr 2009 kontinuierlich gestiegen, so der Bericht. Im Berichtsjahr 2010 sei zum ersten Mal ein leichter Rückgang der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Während die Kursteilnahme zum Thema Bewegung im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückging, wurden Angebote zur Stressreduktion und Entspannung vermehrt wahrgenommen. Für Therapeuten ein Hinweis darauf, welche Kurse derzeit im Trend liegen.

Zu den Kooperationspartner sagt der Bericht: „In 71 Prozent aller Projekte wurden im Jahr 2010 Kooperationspartner genannt (2009: 60 %, 2008: 67 %). Im Mittel waren zwei bis drei Kooperationspartner beteiligt. Am häufigsten wurden, wie auch in den Vorjahren, Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und gewerbliche Anbieter/Unternehmen genannt."

Der jährlich von GKV-Spitzenverband und vom MDS herausgegebene Präventionsbericht dokumentiert die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention nach § 20 und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Dazu gehören etwa Gesundheitsförderungsprojekte in Schulen und Kindergärten, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie auch Kurse, die sich an einzelne Versicherte wenden. *(ko)*

up-premium plus

up-premium plus-Kunden können den Bericht kostenlos an der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

Konkret: Therapeuten, die sich mit Prävention beschäftigen, erhalten mit dem Bericht ausführliche Informationen zur betrieblichen und individuellen Präventionsförderung. Fallbeispiele geben Anregungen für die eigene Praxis und detaillierte Statistiken lassen Trends erkennen, die sich zur Überprüfung des eigenen Angebots eignen.

Noch mehr Fragen & Antworten

KBV nimmt Stellung zur Chroniker-Regelung

Nachdem der GKV-Spitzenverband seine Version des Fragen- und Antworten-Katalogs zu Heilmittel-Verordnungen vorgelegt hat, zieht nun die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach und veröffentlicht ihr eigenes Dokument mit Fragen und Antworten zur Chroniker-Regelung.

„Es besteht zurzeit kein bundesweit einheitliches Verfahren...", so lautet die Standardantwort auf die meisten Fragen des Dokuments der KBV. Zusätzlich werden dann jeweils die Vorstellungen der KBV beschrieben – oder eben darauf hingewiesen, dass es (noch) keine Regeln gibt. Trotzdem lohnt sich die Lektüre für Therapeuten. Denn in dem Dokument findet man die Fragen, die Ärzte beschäftigten, so dass man zumindest den aktuellen Wissensstand der KBV kommunizieren kann.

Der G-BA hat die Umsetzung der Chroniker-Regelung bereits auf der Tagesordnung. Insofern kann man damit rechnen, dass frühestens Ende Juni 2012 bundeseinheitliche Regeln gelten. *(bu)*

Forscher entwickeln intelligentes Fitnessgerät

High-Tech-Helfer für Therapeuten

Ein intelligentes Fahrrad soll bald keine Zukunftsmusik mehr sein. Mit dem MENTORbike hat das Deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) in Saarbrücken ein elektrisches Fahrrad mit einem Mobiltelefon verbunden. Über das Smartphone kann das Rad mit seinem Fahrer kommunizieren und das Training an seine individuellen Bedürfnisse anpassen. Therapeuten können die neue Technologie frühestens in zwei Jahren im Bereich der Prävention und Rehabilitation einsetzen.

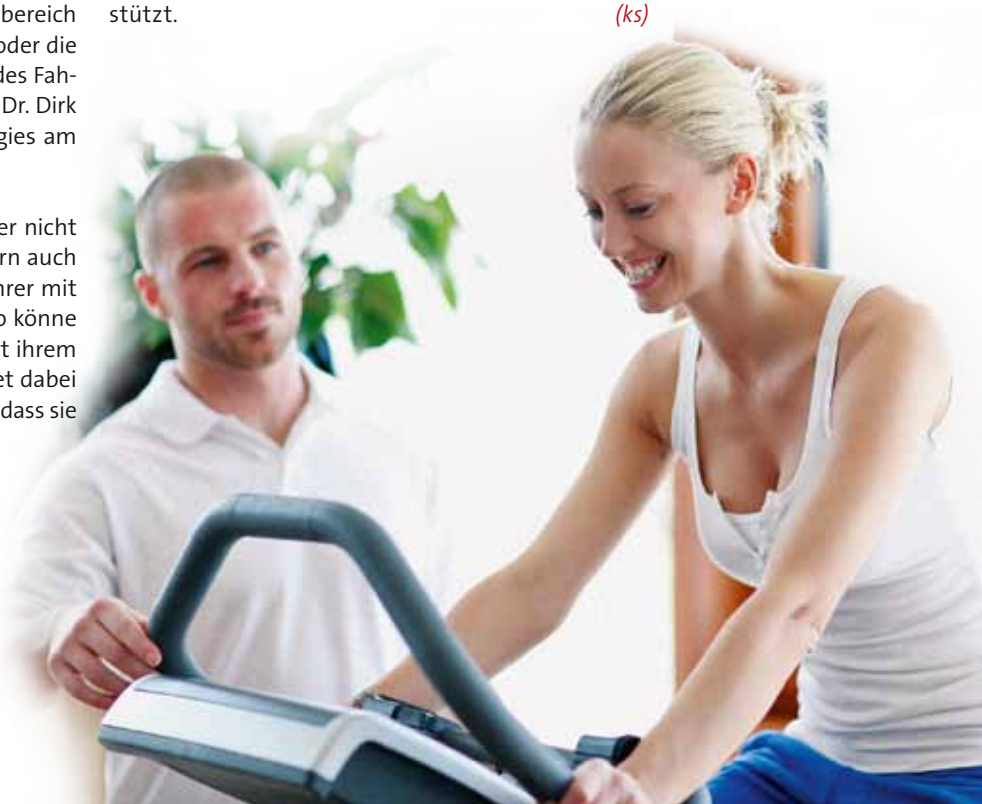
Das MENTORbike besteht aus einem Pedelec, einem hybrid mit Muskelkraft und Elektromotor betriebenen Fahrrad, das mittels Sensoren die körperliche Aktivität des Fahrers direkt anhand physiologischer und physikalischer Leistungen individuell überwachen und steuern kann, heißt es in einer DFKI-Pressemitteilung. „Bemerkt das MENTORbike beispielsweise, dass der Nutzer nicht in seinem optimalen Trainingsbereich trainiert, kann es die Motorleistung steigern oder die Tretlast erhöhen, bis sich die Vitalparameter des Fahrers im optimalen Bereich bewegen", erklärte Dr. Dirk Werth, Leiter Business Integration Technologies am DFKI.

Das intelligente Fitnessgerät unterstütze aber nicht nur das Einzeltraining, heißt es weiter, sondern auch das Gruppentraining, vor allem wenn Radfahrer mit unterschiedlichen Fitnessleveln trainieren. So könne beispielsweise die Großmutter problemlos mit ihrem Enkel zusammen fahren. „MENTORbike achtet dabei darauf", so Projektleiterin Alexandra Chapko, „dass sie sich nicht überanstrengt."

Neue Technologiegeneration im Gesundheitswesen

Mit dem MENTORbike sieht Dr. Werth eine neue Technologiegeneration im Gesundheitswesen aufkommen. Bisher seien mobile Anwendungen nur als Dokumentations- und Informationsquelle genutzt worden. „Die neue Generation wird umfassend mit der realen Umwelt vernetzt sein und auch selbst Steuerungsaufgaben übernehmen." Dies eröffne neue Möglichkeiten in der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation.

Schon in zwei Jahren will der Wissenschaftler MENTORbike auf den Markt bringen. Das DFKI arbeitet daher mit der Benchmark Drives GmbH & Co. KG und der Deutschen Sporthochschule in Köln zusammen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen seiner Innovationsförderung für den deutschen Mittelstand unterstützt. *(ks)*



Sportmediziner empfehlen mehr Sport

Diabetiker brauchen Bewegungsangebote

Diabetiker mit einer Neuropathie bewegen sich viel zu wenig und verstärken damit noch die Folgen von Diabetes. Das ist das Ergebnis einer Studie der Universität Münster, das Therapeuten dazu anregen könnte, Sportangebote für Diabetes-Patienten zu schaffen.

Bis zu 20 Prozent aller Diabetiker sind von einer Neuropathie betroffen, heißt es in einer Pressemitteilung der Universität. Durch den dauerhaft erhöhten Blutzuckerspiegel werden die Empfindungsnerven geschädigt. Beste Therapie wäre viel Bewegung, doch das Gegenteil sei bei vielen Patienten häufig der Fall. „Je schwerer ihre Beschwerden sind, desto inaktiver werden die Patienten", bedauert Professor Klaus Völker, Direktor des Instituts für Sportmedizin der Universität Münster.

In Zusammenarbeit mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis führten die Sportmediziner eine Studie mit 73 Probanden durch – etwa die Hälfte davon litt an einer mehr oder weniger starken peripheren diabetischen Neuropathie und klagte über Beschwerden wie Kribbeln, Stechen oder taubes Gefühl in den Füßen. Der Schweregrad der Erkrankung wurde mit einem standardisierten Test gemessen: Dabei wird mit verschieden starken Nylonfäden Druck auf bestimmte Stellen des Fußes ausgeübt – je nach Stärke des Fadens, die der Patient noch spürt, wird der Schweregrad bestimmt.

Zur weiteren Diagnose nutzten die Mediziner eine Kraftmessplatte, die die Bewegungsschwankungen der Patienten aufzeichnet. „Eine schwere Neuropathie", so Völker weiter, „beeinträchtigt den Gleichgewichtssinn. Dadurch erhöht sich die Sturzgefahr." Anschließend sollten alle Studienteilnehmer eine Woche lang ihre Aktivitäten im Alltag mit einem Schrittzähler messen.

Das Fazit des Sportmediziners: „Die Patienten mit schwerer Neuropathie waren fast zwei Drittel des Tages völlig inaktiv. Beim Rest der Zeit maßen wir eine nur leichte Aktivität. Die Betroffenen sitzen zu viel." Sie sollten öfter spazierengehen oder die Treppe statt Aufzug nutzen. Die gemessenen 5.000 Schritte pro Tag seien zu wenig, zwischen 7.500 und 10.000 sollten es auf jeden Fall sein.

Als Sportarten für Diabetiker seien Walken oder Schwimmen geeignet, aber auch ein moderates Krafttraining. Allerdings solle vor Beginn des Trainings eine ärztliche Untersuchung erfolgen, empfiehlt Völker. „In speziellen Diabetes-Sportgruppen werden zudem die sensomotorischen Fähigkeiten trainiert. So dienen Übungen zum Ertasten von verschiedenen Untergründen dazu, den Gleichgewichtssinn zu schulen. Dadurch wird die Sturzgefahr vermindert." *(ks)*

Kostenlose App für Rheuma-Patienten

„Rheuma AKTIV" ist ein Bewegungsprogramm für Patienten mit Rheumatoider Arthritis, das als „App" auf das iPhone geladen werden kann. Das kostenlose Programm per Handy bietet Tipps, Informationen und Übungen, um im Alltag besser gerüstet zu sein. Therapeuten können sich die App selbst anschauen und gemeinsam mit ihren Patienten die Bewegungsübungen für zuhause besprechen.

Die App „Rheuma AKTIV" von MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH bietet in einem ersten Schritt ein Quiz mit fünf Fragen zur Rheumatoiden Arthritis an, die zeigen sollen, wie gut der Patient seine Erkrankung kennt. In einem „Rheuma-Aktivitätstest" kann der Patient eine Verlaufskontrolle der sportlichen Betätigungen und eine Rheumakurve erstellen, die er direkt an den Arzt per Mail verschicken kann. Weiterhin erinnert die App an die Einnahme von Medikamenten und das Ausfüllen des Aktivitätstests in einem Abstand von zwei Wochen.

Im Trainingsbereich, für den weitere Updates in Planung sind, erhalten Rheuma-Patienten hilfreiche Tipps für ihr Bewegungsprogramm. So möge man beim Walken oder Joggen nur so schnell gehen oder laufen, dass man sich dabei problemlos unterhalten könne und schmerzfrei sei. Empfohlen werden anfangs zwei Übungseinheiten für jeweils 15 Minuten. Mit dem Button „Training starten" werden Gelenksübungen beschrieben und Trainingsvideos gezeigt. *(ks)*

Service:
Weitere Informationen finden Sie im Internet unter http://itunes.apple.com.

Neue Therapie zeitgleich zur Physiotherapie

Schwacher Strom bewirkt besseres Lernen nach Schlaganfall

Zwei Drittel aller Schlaganfall-Patienten leiden auch noch nach einem Jahr unter Bewegungsstörungen und Lähmungen. Sie müssen die motorischen Fähigkeiten erst wieder erlernen. Eine neue Therapie, in der das Gehirn leicht unter Strom gesetzt wird, soll diesen Lernprozess unterstützen und beschleunigen helfen. Die Neurophysiologen betonen, sie müsse parallel zur physiotherapeutischen Behandlung stattfinden.

Mit der sogenannten transkraniellen Gleichstromapplikation werden bestimmte Botenstoffe im Gehirn, GABA und Glutamat, beeinflusst, die den Lernprozess bei der Wiedererlangung von Bewegungsabläufen steuern. Dazu bringen Neurophysiologen Elektroden an bestimmten Stellen des Schädels an, optimal nahe dem motorischen und prämotorischen Kortex sowie an der Stirn. Zwischen beiden fließt während der Behandlung, die 10 bis 20 Minuten dauert, ein schwacher Strom. „Dadurch steigt die Bereitschaft des Gehirns, neue Inhalte aufzunehmen“, so Professor Dr. Peter H. Weiss-Blankenhorn, Forschungszentrum Jülich, in einer Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Behandlung zeitgleich zur Physiotherapie

Die Behandlung sei schmerzlos und würde von den meisten Patienten gut vertragen. Wichtig für den Erfolg sei der Zeitpunkt: „Die transkranielle Gleichstromapplikation sollte zeitgleich zu den Übungen des Physiotherapeuten stattfinden. Erfolgt sie vor den Lernaufgaben, bleibt die Wirkung aus“, erklärte Professor Dr. Michael Nitsche, Oberarzt der Abteilung Klinische Neurophysiologie an der Universitätsmedizin Göttingen. *(ks)*

Studienanalyse der Deutschen Sporthochschule Köln belegt

Beckenbodentraining wirkt

Ein spezielles Training des Schließmuskels und des Beckenbodens bei Männern senkt die Gefahr einer Inkontinenz nach einer Prostata-Operation. Das belegt eine umfangreiche Studienanalyse der Deutschen Sporthochschule Köln, die in der Fachzeitschrift „Supportive Care in Cancer“ veröffentlicht wurde. Ideal sei es, bereits vor der OP mit den Übungen zu beginnen – Anlass für Therapeuten, gezielte Angebote für Männer zu schaffen.

Was schon lange vermutet wurde, konnten Dr. Freerk Baumann und Diplom-Sportwissenschaftlerin Eva Zopf vom Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Abteilung Molekulare und Zelluläre Sportmedizin, nun durch die Analyse der Daten aus 25 Studien mit über 2.500 Prostatakrebspatienten wissenschaftlich erstmalig belegen, heißt es in einer Pressemitteilung der Sporthochschule. Durch professionell angeleitetes Bewegungstraining werde nicht nur die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden von Krebspatienten verbessert, auch Nebenwirkungen der Tumortherapie, wie das Erschöpfungssyndrom Fatigue könnten gezielt beeinflusst werden.

Die besten Erfolge werden erreicht, wenn der Patient unter Anleitung eines geschulten Therapeuten trainiert.

Entscheidend sei, wann der Patient mit dem Training beginne – im Idealfall schon vor der OP. Aber auch nach dem Eingriff gelte: Je früher der Patient startet, desto schneller regeneriert er sich. Daher sollte bereits 48 Stunden nach Entfernen des Katheters mit den Übungen begonnen werden. Allerdings helfe es wenig, so Baumann weiter, wenn die Patienten nach einer kurzen Einführung oder anhand eines Flyers alleine trainierten. Die besten Erfolge werden erreicht, wenn der Patient unter Anleitung eines geschulten Therapeuten trainiert. Und er brauche vor allem Geduld, denn nicht selten treten Besserungen erst nach sechs Monaten regelmäßigen Trainings auf.

„Untersuchungen zeigen“, so der Sportwissenschaftler, „dass inkontinente Patienten ein reduziertes Aktivitätsniveau haben.“ Die Folgen seien psychosoziale Isolation und Bewegungsmangelsymptome und damit wiederum die Gefahr einer weiteren stationären Behandlung und weiterer Kosten. Hier müsse das Gesundheitssystem reagieren, denn nicht jeder Prostatakrebspatient nehme an qualitativ hochwertigen bewegungstherapeutischen Angeboten teil. *(ks)*

Mietminderung bei ständiger Ruhestörung zulässig

Ständiger Lärm aus der Nachbarwohnung kann die Arbeit in einer Heilmittelpraxis empfindlich stören. Praxisinhaber können in solchen Fällen die Miete kürzen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) jetzt entschieden. Die Mieter seien nicht verpflichtet, ein Protokoll über die Lärmbelastungen zu führen, eine grundsätzliche Beschreibung reiche aus.

Im vorliegenden Fall hatte der Mieter einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus in Berlin-Mitte die Miete um 20 Prozent gekürzt, da es in der Nachbarwohnung, die regelmäßig an Touristen vermietet wird, zu erheblichen Belästigungen durch Lärm und Schmutz gekommen sei, heißt es in einer BGH-Pressemitteilung. Wegen des Mietrückstandes kündigte die Vermieterin die Wohnung und klagte auf Räumung der Wohnung. Das Landgericht Berlin gab der Klägerin Recht.

Der Bundesgerichtshof aber hat nun entschieden, dass das Landgericht die Anforderungen an die Begründung für eine Mietminderung (§ 536 BGB) in „unvertretbarer Weise überspannt“ habe. Die Mieter müssten zwar gelegentlich auftretende Beeinträchtigungen wie Streit oder Feiern als sozialadäquat hinnehmen, nicht aber ständige Belästigungen durch Lärm oder Schmutz. Für eine Mietminderung reiche eine Beschreibung der Art, der zeitlichen Dauer und der Tageszeiten der Lärmbelästigungen aus – die Vorlage eines „Protokolls“ sei nicht erforderlich (Az.: VIII ZR 155/11). *(ks)*

Keine Werbung mit Ex-Mitarbeitern auf der Praxishomepage

Praxisinhaber müssen persönliche Daten ausgeschiedener Mitarbeiter von ihrer Homepage löschen. Die weitere Präsentation im Internet verletzte die Persönlichkeitsrechte des Arbeitnehmers, entschied jetzt das Hessische Landesarbeitsgericht (LAG) in Frankfurt.

Hat eine Praxis einen besonders qualifizierten Therapeuten eingestellt, ist es wichtig, diese Kompetenz auch nach außen hin zu kommunizieren. Das kann man zum Beispiel auf der Praxishomepage tun oder – falls vorhanden – im Praxisblog. Der Therapeut sollte allerdings mit der Veröffentlichung einverstanden sein. Verlässt nun der Mitarbeiter die Praxis, müssen seine Daten auch vollständig von der Webseite oder dem Blog entfernt werden, so die Entscheidung des Gerichts.

Im vorliegenden Fall hatte eine Rechtsanwältin geklagt, die drei Monate in einer Steuerberater- und Anwaltssozietät tätig war. Während dieser Zeit wurde die Klägerin als Rechtsanwältin für Handels- und Gesellschaftsrecht auf der Homepage der Kanzlei und im News Blog geführt. Beide Eintragungen erfolgten mit ihrem Wissen und Wollen, heißt es in einer Pressemitteilung des Gerichts.

Nach ihrem Ausscheiden aus der Kanzlei verlangte die Klägerin die Löschung ihrer Daten. Die Sozietät löschte daraufhin die persönlichen Daten von ihrer Homepage, nicht aber von der Website im Rahmen des News Blog.

Das LAG hat nun entschieden, ausgeschiedene Mitarbeiter können die Löschung ihrer Daten von allen Internetauftritten verlangen. Bei Zuwiderhandlung drohe den Beklagten ein Ordnungsgeld von 50.000 Euro.

Die Veröffentlichung greife nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses unberechtigt in das Persönlichkeitsrecht der Klägerin ein, urteilten die Arbeitsrichter. Zudem habe ihr Profil werbenden Charakter und erwecke den unzutreffenden Eindruck, die Klägerin arbeite nach wie vor für den Arbeitgeber. Dies führe zu Wettbewerbsnachteilen, potentielle Mandanten würden auf die Homepage des ehemaligen Arbeitgebers verwiesen. Und es gebe demgegenüber kein berechtigtes Interesse der Kanzlei an der weiteren Veröffentlichung der Daten (Az.: 19 SaGa 1480/11). *(ks)*

kurz & knapp

Auch längere Wege zur Praxis steuerlich absetzbar
+++ Der kürzeste Weg zur Arbeit ist nicht immer auch der schnellste. Eine längere Strecke erkennt das Finanzamt für die Entfernungspauschale in der Regel nur bei einer Zeitersparnis von mindestens 20 Minuten an. Von dieser Auffassung hat der Bundesfinanzhof (BFH) in München jetzt in zwei Urteilen Abstand genommen.

Grundsätzlich kann die Entfernungspauschale von 30 Cent je Kilometer nur für den kürzesten Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte steuerlich geltend gemacht werden. Etwas anderes gelte nur dann, wenn eine andere Straßenverbindung „offensichtlich verkehrsgünstiger“ ist und vom Arbeitgeber regelmäßig benutzt werde (§ 9 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 Satz 4 EStG).

Im vorliegenden Fall hatte das Finanzgericht Rheinland-Pfalz die Klage mit der Begründung abgewiesen, es sei stets eine zu erwartende Fahrzeitverkürzung von mindestens 20 Minuten erforderlich. Der BFH hat nun entschieden, dass diese Mindestzeitersparnis nicht immer gelten müsse. Die Finanzämter müssten auch die Verkehrsumstände, wie Streckenführung und Ampelschaltung, im Einzelfall prüfen. „Offensichtlich verkehrsgünstiger“ sei der längere Weg auch dann, wenn sich jeder „unvoreingenommene, verständige Verkehrsteilnehmer unter den gegebenen Verkehrsverhältnissen für die Benutzung der Strecke entschieden hätte“, erklärten die Richter (Az.: VI R 19/11 und VI R 46/10). *(ks)*

Ratgeber

Praxischefs fragen – die Expertin antwortet

Die Frage: Wie sollten Chefs mit Beschwerden von Patienten über ihre Mitarbeiter umgehen?

Die Situation:

Der Patient Carsten Jost beschwert sich lautstark an der Rezeption beim Praxischef Hans Marten: „Zehn Minuten musste ich auf Herrn Marten warten, bis ich endlich dran kam! Dabei bin ich heute wirklich im Stress und kann meine Zeit nicht sinnlos mit Warten verplempern. Wenn ich mir das in meinem Job erlauben würde... das geht wirklich nicht!“ „Wem sagen Sie das, Herr Jost!“, erwidert der Praxischef, „hier wissen doch alle, dass Herr Marten sich zu fein ist, sich an die abgesprochenen Praxisabläufe zu halten. Da rede ich mir den Mund fusselig, das kennen wir schon, da kann man halt nichts machen. Dass der mit seinem Zeitplan in Verzug ist... ich fände es eher bemerkenswert, wenn er mal pünktlich wäre!“ wettert der Praxischef lautstark mit. Um ihn herum herrscht plötzlich peinliche Stille. Mitarbeiter und Patienten haben alles mitangehört und wundern sich stumm und mit großen Augen über das Verhalten des Praxischefs.

Der Mechanismus:

Egal, ob eine Beschwerde gerechtfertigt oder blödsinnig ist, sollte jeder Chef seinen Mitarbeitern immer den Rücken stärken. Sonst haben diese schnell das Gefühl, sich nicht auf ihn verlassen können. Sie fühlen sich unwohl und unsicher. Das führt wiederum dazu, dass sie so damit beschäftigt sind, ihre Probleme mit dem Chef zu beackern, dass ihre Arbeitsleistung sinkt. Schnell stellt sich beim Mitarbeiter dann eine „Null-Bock-Haltung“ ein und verschärft die Dynamik. Das betrifft auch Kollegen, die nur mitbekommen, dass der Chef ein Teammitglied „bloßstellt“. Wenn in einem Team der Virus „Unsicherheit“ umgeht, so stecken sich schnell mehrere Teammitglieder an. In einem guten Team geht das sogar besonders schnell, da es zusammenhält. Falls es den Chef als „Gegner“ ansieht, stellt es sich ggf. geschlossen gegen ihn. Das kann dann zu fast „paramilitärischem“ Verhalten der Mitarbeiter führen, frei nach dem Motto: TTV (Tarnen, Täuschen & Verpissen).

Die Lösung:

Jede Beschwerde ist ein gut getarnter Wunsch! Wer sich beschwert, hat zu viel Stress, um seinen Wunsch nett zu formulieren. Durch dieses Wissen bekommt man seinen eigenen Ärger über die Beschwerde meist besser in den Griff. Sie können vier Lösungsschritte gehen und so den Patienten zufrieden stellen, die Mitarbeiter schützen, das Team stärken und sich selber viel Ärger ersparen.

Schritt 1

Das Gefühl in der Beschwerde kaufen: „Ich verstehe, dass das jetzt sehr unangenehm für Sie ist und das tut mir wirklich Leid“. Der Patient fühlt sich anerkannt und wertgeschätzt. Die offene Formulierung reicht aus und man verheddert sich nicht in Details. Das „es tut mir Leid“ sollte NUR das Gefühl des Patienten betreffen und nie das Mitarbeiterverhalten. Dann kann man die Beschwerde nämlich immer noch objektiv prüfen.

Schritt 2

Hilfe anbieten: „Ich werde mich schnellstmöglich um eine Lösung des Problems kümmern“. So gewinnt man Zeit und der Patient bekommt Beachtung. Angefangene Tätigkeiten können beendet werden, ohne dass der Patient zu ungeduldig wird. ABER dieser Zeitpuffer darf nicht überdehnt werden. Also besser nicht noch etwas Neues beginnen, bevor man sich dem Problem widmet. Keine Rechtfertigungen formulieren, sonst bekommt der Patienten leicht das Gefühl, dass ihm eine Leistung vorenthalten werden soll, die ihm zusteht. Dabei stets den Mitarbeiter außen vor lassen, damit man sich nicht vertut und etwas Mehrdeutiges oder Negatives über ihn sagt.

Schritt 3

Den Mitarbeiter wertschätzen: „Der Herr Otto arbeitet ja schon sehr lange mit uns zusammen und macht seine Behandlungen immer äußerst gewissenhaft und gut“. Das gibt dem Patienten das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein. Es stärkt dem Mitarbeiter den Rücken, so dass er die Situation später selbst gut lösen kann.

Schritt 4

Problemlösung vorschlagen: „Wir können Ihnen folgende Lösungen anbieten: Wenn Sie einverstanden sind, wird die Zeit heute am Ende angehängt (M: Sie bekommen, was Ihnen zusteht). Sollte Ihnen das heute nicht möglich sein, so könnte ich einen Alternativtermin anbieten (M: Sie haben die Wahl). Die Gebühr für den heutigen Termin müssten Sie dann natürlich nicht zahlen (M: Sie sind unschuldig, werden nicht bestraft und haben sich zu Recht beschwert).“

Dr. Anke Handrock und Dipl.-Psych. Maike Baumann

Dr. Anke Handrock
Coaching & Training
Boumannstraße 32
13467 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 365 10 76
Mobil: 0178-714 89 01
E-Mail: info@handrock.de
www.handrock.de

Dipl.-Psych. Maike Baumann
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Potsdam
Am Neuen Palais 10
14469 Potsdam
Tel.: +49 (0) 331 977 1639
E-Mail: mbaumann@uni-potsdam.de

Sie wollen mehr über Kommunikation wissen?

Interessierte Therapeuten können bei Dr. Anke Handrock die Fortbildung zum NLP-Practitioner für Ärzte, Zahnärzte und Therapeuten ab Juni 2012 in Berlin absolvieren.

Informationen und Anmeldung unter 08031-50601 oder www.inntal-institut.de/angebot.

*Name v.d.Red. geändert

Physiotherapeut entwickelt Konzept „Therapeutisches Klettern“

Selbstzahlerleistung lockt Patienten von weit her in die Praxis

Ob Kreuzbandriss oder Skoliose, Parkinson oder ADHS – wer mit solchen Beschwerden in die Praxis des Physiotherapeuten Hajo Friederich in Ramsau bei Berchtesgaden kommt, kann mit einer ungewöhnlichen Behandlung rechnen. Das kommt gut an und so nehmen viele Patienten Anfahrtswege von 100 Kilometer in Kauf, um die Selbstzahlerleistung in Anspruch nehmen zu können.

Schon während seiner Ausbildung in Worms empfand der angehende Physiotherapeut einige der Bodenübungen als „langweilig“ und überlegte sich, wie er sie attraktiver und gleichzeitig effizienter gestalten könnte. Als geübter Kletterer und Bergführer lag es nahe, seine sportlichen Erfahrungen zu nutzen und die Übungen in vertikaler Position an einer Kletterwand zu absolvieren. Friederichs erster Chef unterstützte ihn und ließ ihn eine einfache Holzwand mit Holzgriffen bauen – der Anfang des therapeutischen Kletterns war gemacht.

Vier mal sechs Meter hohe Kletterwand

In den folgenden Jahren hat Friederich, der als „Vater des therapeutischen Kletterns in Deutschland“ bezeichnet wird, sein Konzept immer weiter entwickelt und auch die Kletterwand perfektioniert. Heute steht in seiner Praxis, die er 2007 gemeinsam mit seiner Frau eröffnete, ein vier Mal sechs Meter hohes Prachtexemplar, das er zusammen mit einem Metallarbeiter selbst gebaut hat. Sie lässt sich in sehr kleinen Abständen von flach bis überhängig verstellen.

Etwa 30 bis 40 Prozent seiner Patienten „dürfen“ an die Wand. Dafür nehmen sie weite Wege in Kauf, um bei dem 40-jährigen Therapeuten behandelt zu werden – und zahlen die Therapieeinheit von 25 Minuten aus eigener Tasche. Ein Kind mit ADHS komme sogar zwei Mal pro Woche aus dem etwa 100 Kilometer entfernten Rosenheim. Aber auch Patienten aus Ingolstadt, Regensburg, München oder Innsbruck reisen ins Berchtesgadener Land, um an der Kletterwand zu trainieren. Sie sind zwischen fünf und 85 Jahre alt, „aber wir hatten auch schon einen 92-Jährigen mit einer Knieprothese“, berichtet Friederich.

Breites Behandlungsspektrum

Zu Beginn der Therapie erstellt er einen ausführlichen Eingangsbefund seines Patienten und entscheidet, ob

seine Beschwerden das Training an der Kletterwand zulassen. In der Regel sei das therapeutische Klettern bei allen Bewegungs- und Gelenkfunktionsstörungen wie Kreuzbandriss, Schulterverletzungen und auch Skoliose geeignet, bei psychomotorischen Störungen wie ADHS, bei neurologischen Erkrankungen wie Parkinson, Schlaganfall und auch Multiple Sklerose. „Viele MS-Patienten haben Gefühlsstörungen in den Händen. Und trotz tageszeitlicher Schwankungen haben wir gute Ergebnisse erzielt."

Die Patienten zahlen die Therapieeinheit von 25 Minuten aus eigener Tasche.

Voller Stolz erzählt der Praxisinhaber auch von dem Fall eines 12-jährigen Mädchens, das mit der Diagnose Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) und der Frage nach einer Operation auftauchte. Durch das therapeutische Klettern konnte die Wirbelsäule so gut stabilisiert werden, dass von einer Operation (Versteifung) abgesehen werden konnte. Dies setzt aber voraus, so Friederichs, dass eine sehr gut organisierte Therapie aufgestellt und verfolgt wird, und dass der Betroffene sehr fleißig mitwirkt.

Kaum Werbung nötig

Werben musste Hajo Friederich für sein therapeutisches Kletterkonzept kaum: Er ist schon seit Jahren Mitglied im Deutschen Alpenverein und verfügt über ein großes Netzwerk. Anfangs hatte er eine kleine Internetseite erstellt, um auch auf sein zweites Standbein, die Fortbildungen, die er ab 2003 regelmäßig anbot, hinzuweisen. Und wie steht´s mit der eigenen Fortbildung? „Das mache ich täglich", meint er schmunzelnd. „Ich probiere immer wieder neue Übungen aus, und meine Erfahrungen, die ich mit Patienten oder in meinem Team erlebe, fließen in mein Konzept ein."

Mit der Eröffnung seiner Praxis gründete er das Institut für Fortbildungen und bietet jährlich sechs bis zwölf Basiskurse im Hause an und „als besonderes Schmankerl" weitere vier Seminare, sogenannte „Inhouse-Schulungen" vor Ort, z. B. in Kliniken und ambulanten Rehazentren. Im „Outdoor-Kurs", einem einwöchigen Seminar auf der Blaueishütte, werden mit maximal sechs Teilnehmern alle Details der Kletter-, der Sicherungstechnik und den Verknüpfungen mit den Beschwerdebildern geschult. Dieser Premiumkurs dient dem Verständnis, wo der Ursprung des therapeutischen Kletterns liegt und ist, so Hajo Friederich, für jeden Klettertherapeuten unabdingbar.

Inzwischen hat der begeisterte Kletterer sein Fachwissen an etwa 740 Therapeuten weitergegeben. Derzeit überarbeitet er das Konzept, das 2013 abgeschlossen sein soll. Geplant sind drei bis vier Kurse, die aufeinander aufbauen sowie ein Abschlusskurs mit einer Prüfung in Theorie und Praxis.

Patienten sind hochmotiviert

Doch nicht nur die Kollegen kommen zu Hajo Friederich ins Berchtesgadener Land, auch neue Patienten darf er jede Woche bis zu vier Stunden an der Kletterwand in seiner Praxis begrüßen. Ob jung oder alt – alle sind hochmotiviert, und neben allen gesundheitlichen Aspekten mache das Klettern einfach Spaß, freut sich der engagierte Therapeut. *(ks)*

Kontakt: Hajo Friederich, Hochgart 11, 83486 Ramsau, Telefon: 08657-983440, E-Mail: hajo.friederich@hajo-friederich.de, www.hajo-friederich.de

Im „Outdoor-Kurs" werden mit maximal sechs Teilnehmern alle Details der Kletter-, der Sicherungstechnik und den Verknüpfungen mit den Beschwerdebildern geschult.

Der Abrechnungstipp:

Behandlungs-Frequenz

Immer wieder werden Verordnungen von Krankenkassen wegen formaler und inhaltlicher Fehler abgesetzt. Wir zeigen Ihnen, wie Sie Absetzungen vermeiden und fassen zu verschiedenen Abrechnungsthemen alle wichtigen Regeln und Besonderheiten auf einen Blick zusammen. Sie können die Rubrik nutzen, um bei Fragen nachzuschlagen. Sie können den Artikel Ihren Mitarbeitern und Rezeptionsfachkräften als Nachschlaghilfe geben oder Ihrem zuweisenden Arzt als Information. Alle Artikel können up-premium plus Kunden kostenfrei an der Hotline abrufen oder im buchner Shop downloaden. So kommen Sie formal korrekt durch den Verordnungsdschungel und schützen sich vor Absetzungen.

Die Behandlungsfrequenz, also die die Anzahl der Behandlungen pro Woche, gehört zu den Standardangaben auf einer Verordnung. Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) ist bei diesem Thema nicht ganz eindeutig: So wird die Frequenzangabe in einem Paragrafen als Pflichteintrag festgelegt und im übernächsten Paragrafen wird erklärt, wie man sich verhält, wenn der Arzt keine Angaben zur Frequenz gemacht hat. Wer die Regeln zum Thema Frequenz kennt, wird zumindest bei diesem Punkt keine Rechnungskürzungen befürchten müssen.

§ GRUNDREGELN

- Das Feld „Frequenz“ muss vom verordnenden Arzt ausgefüllt werden (§ 13 Abs. 2 j HeilM-RL).
- Die Frequenzempfehlung des Heilmittel-Katalogs bezieht sich grundsätzlich auf den Regelfall.
- Die Bezeichnung „Empfehlung“ bedeutet, dass die Vorgaben des Heilmittel-Katalogs nur eine Empfehlung für den Arzt darstellen. Er kann also selbst entscheiden, ob er der Empfehlung des HeilM-Katalogs folgt oder davon abweicht.
- •Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen Verordnungsmenge und Frequenz so bemessen sein, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist (§ 8 Abs. 1, Satz 4 HeilM-RL). Beispiel: Ein Arzt verordnet 20-mal Logopädie 45 Minuten, Frequenz 1-mal pro Woche. 20 Einheiten dividiert durch 1 entspricht einer Zeitspanne von 20 Wochen: Diese VO wäre nicht gültig und müsste entweder verändert werden (z. B. mit einer Frequenz zweimal pro Woche) oder könnte nur für den Zeitraum von 12 Wochen abgerechnet werden.

SELBST KORRIGIEREN

- Von der angegebenen Frequenz auf der Verordnung kann man als Leistungserbringer abweichen, wenn man sich an folgende Regeln hält:
  - (telefonische) Rücksprache mit dem verordnenden Arzt,
  - einvernehmliche Änderung auf der Rückseite der VO (siehe Abbildung), dokumentiert vom Heilmittelerbringer (§ 16 Abs. 2 HeilM-RL).
- Eine nicht auf der Verordnung eingetragene Frequenz kann man als Heilmittelerbringer ändern, wenn man sich an folgende Regeln hält:
  - (telefonische) Rücksprache mit dem verordnenden Arzt,
  - die einvernehmliche Änderung auf der Rückseite der VO (siehe Abbildung), dokumentiert vom Heilmittelerbringer (§ 17 Abs. 5 Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V).
- Hat der Arzt bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls so viele Behandlungen verordnet, dass der Patient nicht innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung eine ärztliche Untersuchung erhält, sollte man entweder die Frequenz erhöhen (wenn medizinisch sinnvoll und mit Arzt abgesprochen) oder einfach rechtzeitig (max. 12 Wochen) mit der Behandlung aufhören und dem Arzt im Therapiebericht darüber informieren (s.o.)

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Da Heilmittelerbringer selbst korrigieren können, ist eine Korrektur/Ergänzung durch den Arzt nicht notwendig. Wenn der Arzt trotzdem die Korrektur/Ergänzung vornimmt, dann muss dieser Eintrag mit Handzeichen und Datum abgezeichnet werden (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL).
- Im Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ändern Krankenkassen manchmal eigenständig die Behandlungsfrequenz, um zum Beispiel die o. g. 12 Wochen Frist für ärztliche Untersuchungen sicherzustellen. Dieses Vorgehen ist umstritten und Patient oder Arzt können dagegen vorgehen. Dies lohnt sich allerdings nur in Ausnahmefällen.

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Einige RVO-Krankenkassen haben in den Rahmenverträgen mit den Verbänden festgelegt, dass die Änderungen einer Heilmittel-VO durch den Arzt immer mit Handzeichen, Datum und Vertragsarztstempel abgezeichnet werden müssen. Diese Regel gilt auch dann, wenn eine Änderung durch den Arzt gemacht wurde, obwohl der Therapeut diese Änderung bei der Frequenz selbst hätte durchführen können (z. B. Bayern).
- Einige RVO-Krankenkassen haben in den Rahmenverträgen mit den Verbänden festgelegt, dass beim Fehlen der Frequenzangabe eine Ergänzung durch den Heilmittelerbringer nicht zulässig ist. Diese Regelung ist umstritten.

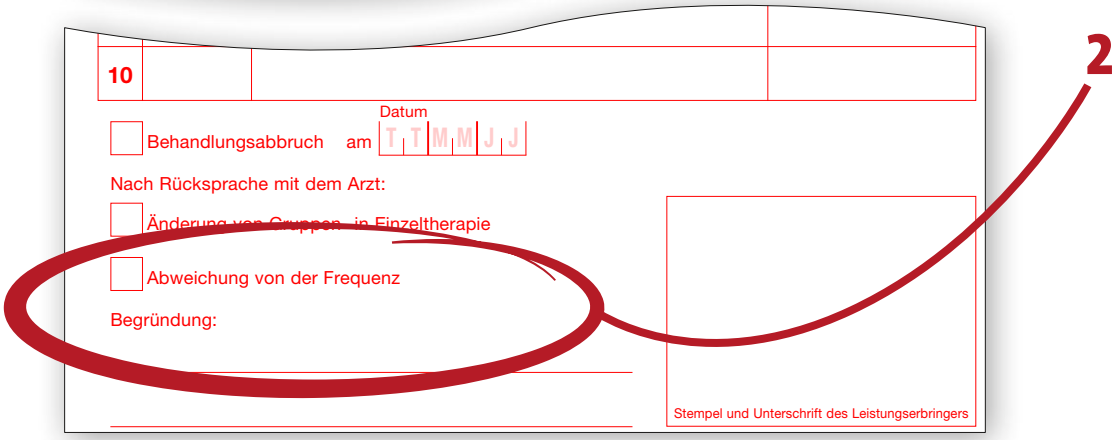
BESONDERHEITEN

- Zahnärztliche Verordnungen: Grundsätzlich gilt die HeilM-RL nicht für Zahnärzte (und damit auch nicht die im Heilmittel-Katalog empfohlenen Frequenzen). So lange der Zahnarzt auf seiner Verordnung keine Frequenz aufschreibt, gibt es hier auch kein Problem. Sollte der Zahnarzt trotzdem eine Frequenz angeben, verhält man sich genauso wie bei einer normalen Heilmittel-VO: Rücksprache mit dem Arzt und dann Änderung durch den Therapeuten möglich (s.o.).
- BG Verordnungen: Die Angaben auf der VO hinsichtlich der „Behandlungstage pro Woche“ müssen erfüllt werden, anderenfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung. (§ 3 Rahmenvertrag BG)
- Privatärztliche VO: Der Vertrag kommt nur zwischen Heilmittelpraxis und Patient zustande. Es gibt keine Vorgaben zur Frequenz. Damit der Patient später keine Probleme bei der Erstattung bekommt, sollten medizinisch sinnvolle Fristen eingehalten werden.
- Wenn (fehlende) Frequenzen einfach selbst eingetragen werden, ohne dass man erkennen kann, dass hier ein Therapeut nachgearbeitet hat, handelt es sich rechtlich gesehen um Betrug/Urkundenfälschung. Die Konsequenz: Im schlimmsten Fall müssen vier Jahre rückwirkend zurückgezahlt werden, einer Anzeige bei der Staatsanwaltschaft, Vertragsstrafe. Deswegen sollten Frequenzergänzungen grundsätzlich immer nur auf der Rückseite der Heilmittel-VO unten links ergänzt werden.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Das Ändern von Frequenzen ist kein Problem. Deswegen sollten Ärzte darüber informiert sein, dass das Feld „Anzahl pro Woche“ grundsätzlich ausgefüllt werden sollte, damit die Heilmittelerbringer dann später einfach selbst die Abweichung von der Frequenz begründen können (s. o.). Damit müssen die Ärzte viel weniger selbst korrigieren.
- Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls immer rechnen: Verordnungsmenge geteilt durch die Frequenz muss immer einen Wert ergeben, der nicht größer als 12 ist. *(bu)*

1 Die Behandlungsfrequenz, also die die Anzahl der Behandlung pro Woche, gehört zu den Standardangaben auf einer Verordnung. Wer die Regeln kennt, hat kein Problem mit Änderungen oder Ergänzungen.



2 Eine Änderung der Frequenz ist auf der Heilmittelverordnung vorgesehen. Wichtig: entsprechende Ergänzungen oder Änderungen immer auf der Rückseite unten links eintragen.

Beschäftigungsverbot sorgt für klare Verhältnisse

Schwangerschaft der Mitarbeiterin gut organisieren

Wird eine Mitarbeiterin schwanger, muss der Praxischef reagieren. Denn mit einer Schwangerschaft erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die betreffende Mitarbeiterin immer wieder auch kurzfristig ausfällt. Eine Situation, die gerade für kleine und mittlere Praxen ein echtes Problem darstellt. Eine Möglichkeit, solchen Problemen aus dem Weg zu gehen, ist das Beschäftigungsverbot. Wir zeigen Ihnen, was Arbeitgeber wissen müssen.

Schwangerschaft ist keine Krankheit – jedenfalls in den meisten Fällen nicht! Allerdings gibt es Schwangere, die mit erheblichen körperlichen Symptomen auf die Schwangerschaft reagieren und Praxen mit kurzfristigen Ausfällen vor oft unlösbare organisatorische Probleme stellen. Das weiß auch Sabine Meier*, als sie in ihrer Praxis mitteilt: „Chefin, ich bin schwanger!"! Natürlich freut sich Beate Schröder*, Physiotherapeutin und Chefin von Meier, mit ihr über die gute Nachricht. Gleichzeit macht sie sich aber Gedanken, wie sie Sabine Meier während ihrer Schwangerschaft so einsetzen kann, dass es dabei für die Praxis nicht zu erheblichen organisatorischen Mehraufwand kommt.

Arbeitsbedingungen nach dem Mutterschutzgesetz

Solange Sabine Schröder sich gut fühlt, kann eigentlich alles so laufen wie gehabt. Allerdings müssen Arbeitgeber das Mutterschutzgesetz beachten. „Als Arbeitgeberin muss Beate Schröder nach dem Mutterschutzgesetz die Arbeitsbedingungen der werdenden Mutter hinsichtlich der Art, des Ausmaßes und der Dauer der möglichen Gefährdung beurteilen", erklärt die Rechtsanwältin Özlem Erdem-Wulff. Dazu gehören die Bewertung von körperlichen Aktivitäten, zeitlicher Belastung sowie Schutz vor Krankheiten im Hinblick auf die Schwangere (siehe Kasten). Sabine Schröder muss z. B. regelmäßig in einem Altenheim Patienten mobilisieren. Dabei werden die Patienten aus dem Bett geholt. Wenn bei einer solchen Behandlung regelmäßig mehr als fünf Kilo gehoben werden, liegt bereits ein Verstoß gegen das Mutterschutzgesetz vor.

„Für solche Situationen besteht die Möglichkeit eines Beschäftigungsverbots", weiß Erdem-Wulff. „Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen kann der behandelnde Arzt der Schwangeren die Weiterarbeit in dem Betrieb verbieten, also ein sogenanntes Beschäftigungsverbot aussprechen. Das geschieht dann, wenn der Arzt überzeugt davon ist, dass eine Weiterarbeit für die Gesundheit von Mutter und/oder Kind schädlich wäre. Ein solches Verbot kann komplett oder nur für bestimmte Arbeiten in der Praxis ausgesprochen werden".

Praxischef kann Beschäftigungsverbot aussprechen

Schröder´s Mitarbeiterin fühlt sich allerdings zunächst pudelwohl und möchte unbedingt weiterarbeiten. Doch dann passiert es doch: zweimal kommt es zu einem kurzfristigen Ausfall von Sabine Meier,

✔ Konkret

Aufwendungsausgleichsgesetz

Umlage und Anspruch auf Erstattung des gezahlten Gehalts ergibt sich aus dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) vom 22.5.2005. Die Umlage U2 ist seit dem 1. Januar 2006 von allen Arbeitgebern zu bezahlen – unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten. Sie muss zudem für jeden Mitarbeiter gezahlte werden, auch für Männer.

Aus welchem Betrag wird der Umlagebeitrag errechnet?

Er bemisst sich nach dem rentenversicherungspflichtigen Arbeitsentgelt jedes Beschäftigten, je Mitarbeiter höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (2012: West: 5.600 €, Ost: 4.800 €). Einmalzahlungen bleiben unberücksichtigt. Auch bei den Erstattungen können Einmalzahlungen nicht berücksichtigt werden.

An wen sind die Umlagebeiträge zu bezahlen?

Die Beiträge sind an die Krankenkasse abzuführen, bei der der jeweilige Mitarbeiter versichert ist (Umlagekasse).

Wie sind die Umlagebeiträge abzuführen?

Die Beiträge für die Umlagen U1 und U2 müssen in die entsprechenden Felder des Beitragsnachweises eingetragen werden und gemeinsam mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen in einer Summe überwiesen werden.

Das Gehalt, das der Schwangeren während des Beschäftigungsverbots gezahlt wird, wird nur auf Antrag erstattet! Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an die jeweilige Krankenkasse, die zur Aufklärung und Erläuterung verpflichtet sind.

Werdende Mütter sollten den Arbeitgeber über ihre Schwangerschaft informieren, damit dieser seiner Pflicht der Meldung nachkommen kann.

die Absagen mit den Patienten und Terminverlegungen dauern Stunden. Beate Schröder hat jetzt kein gutes Gefühl mehr, denn die Mitarbeiterin behandelt auch Schlaganfall-Patienten, was zum Teil erhebliche schwere körperliche Arbeit ist, so dass aus ihrer Sicht hier ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes vorliegt. „Auch der Arbeitgeber kann ein Beschäftigungsverbot „aussprechen", wenn er eine Beschäftigung unter Einhaltung der genannten Kriterien (siehe Kasten) nicht gewährleisten kann", so Erdem-Wulff. Dabei komme es nicht darauf an, ob die Schwangere den Wunsch habe, weiter beschäftigt zu sein. Das Beschäftigungsverbot sei zu erteilen. Diese Möglichkeit ein Beschäftigungsverbot aussprechen zu können, hat für Beate Schröder einige Vorteile: Vollständige Lohnkostenerstattung für Sabine Meier während des Beschäftigungsverbots und sie kann eine Mitarbeiterin für die Zeit der Schwangerschaft einstellen, die den kompletten Aufgabenbereich der Kollegin übernimmt. Damit ist ein reibungsloser Praxisablauf gewährleistet, die werdende Mutter begibt sich nicht in gesundheitliche Gefahren und die Patienten haben nur einmal einen Therapeutenwechsel.

Krankenkassen erstattet Gehaltskosten

Zwar muss das Gehalt vom Arbeitgeber weiter gezahlt werden. Allerdings bekommt er seinen Aufwand von der gesetzlichen Krankenkasse (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse) ersetzt. „Der Anspruch des Arbeitgebers auf Erstattung besteht unabhängig von der Anzahl der in dem Betrieb beschäftigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, also nicht nur für Kleinbetriebe, wie es bis 2006 der Fall war", so Erdem-Wulff. Die Aufwendungen für Frauen in einem 400-Euro-Job erstattet die Bundesknappschaft in Essen. Die Erstattung erfolgt nur auf Antrag bei der Krankenkasse, bei der die Schwangere versichert ist. Bei einem Beschäftigungsverbot werden 100 Prozent des weitergezahlten Bruttoarbeitsentgelts inklusive der vom Arbeitgeber getragenen Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitsförderung erstattet. „Ein Beschäftigungsverbot mit Gehaltsfortzahlung ist nur für angestellte Schwangere möglich ist. Für freie Mitarbeiter gibt es diese Möglichkeit der Lohnfortzahlung nicht."

Beate Schröder ist erleichtert. Sie hat mit Ihrer Mitarbeiterin gesprochen und beide sind sich einig, dass es für Mutter und Kind das Beste ist, den Rest der Schwangerschaft zuhause zu bleiben. So kann sich die Mitarbeiterin in aller Ruhe auf das Kind vorbereiten. Die Praxischefin hat für diese Zeit eine Aushilfskraft eingestellt, so dass der Praxisablauf nicht gestört wird.

(öz/ko)

i Hintergrund

Folgende Kriterien müssen Arbeitgeber beachten:

- Werdende Mütter dürfen nicht mit Mehrarbeit (mehr als 8,5 Stunden pro Tag, mehr als 90 Stunden pro Doppelwoche) und nicht zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr beschäftigt werden.
- Die Schwangere darf nicht am Wochenende beschäftigt werden, außer in Krankenhäusern und Pflegeheimen.
- Werdende Mütter dürfen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie sich häufig stark strecken und beugen müssen. Sie dürfen ferner nicht in andauernde hockender oder gebückter Haltung arbeiten.
- Sie dürfen nicht regelmäßig mehr als 5 Kilo und gelegentlich mehr als 10 Kilo ohne mechanische Hilfe heben, tragen bewegen oder befördern.
- Weiterhin ist zu beachten, dass Schwangere ab dem fünften Monat nicht ständig stehen dürfen, falls sie länger als vier Stunden am Tag arbeiten.
- Gibt es eine Möglichkeit, die Angestellte an einem weniger gefährdenden Arbeitsplatz zu beschäftigen, kann dies zwischen dem Arbeitgeber und der Schwangeren vereinbart werden. Besteht eine solche Möglichkeit nicht, darf die werdende Mutter nicht arbeiten.

Besonders für Ergotherapeuten und Logopäden, die mit Kindern arbeiten, gilt:

- Verbot von Arbeiten, bei denen die Sicherheit oder die Gesundheit von Mutter oder Kind durch chemische, biologische oder physikalische Schadstoffe gefährdet werden könnten. Zu diesen biologischen Schadenstoffen gehören die Erreger von Kinderkrankheiten (z. B. Windpocken, Masern, Mumps, Scharlach, Ringelröteln, Röteln, Keuchhusten und andere). Wenn also keine ausreichende Immunisierung der Mutter besteht und nicht ausgeschlossen werden kann, dass ausreichende Sicherungsmaßnahmen getroffen werden können, ist ein generelles Beschäftigungsverbot gegeben.

Werbe-Ideen für die Praxis

Hintergleiswerbung – da werben, wo die Zielgruppe wartet

München. U-Bahnhof Marienplatz. Wartende Fahrgäste lassen ihren Blick schweifen und bleiben an einem Werbeplakat hinter den Gleisen haften. „Ärzte rund um den Marienplatz“ ist dort zu lesen. Doch trotzdem wirbt hier auch die Physiotherapeutin Cecilia B. Klima für ihre Praxis. Eine Werbe-Idee, die sich lohnt?

„Auf jeden Fall“, betont die 44-jährige Inhaberin der Praxis für Physiotherapie und Osteopathie. Die Hintergleis-Werbung sei schon seit Jahren neben dem Internet ihre einzige Marketingstrategie. Begonnen hat sie damit vor rund zehn Jahren, als sie nach geeigneten Werbeträgern suchte. „Ich selbst bin immer U-Bahn gefahren“, erinnert sie sich, „und wenn man wartet, hat man Zeit zu lesen.“ Sicherlich schreibe sich keiner den Namen ab, „aber es bleibt der Wiedererkennungswert. Der Name prägt sich ein und wenn man später im Internet nach einem Therapeuten sucht, fällt er wieder ein“.

U-Bahn ist Treffpunkt für mobile Zielgruppen

Auf der Suche nach der Umsetzung stieß Cecilia Klima auf die Agentur P&P Creative Service in Ottobrunn. Das Unternehmen betreut in erster Linie Arztpraxen und Kliniken, etwa zwei Prozent der Kunden sind nach eigenen Angaben Physiotherapeuten. Die erste Hinweistafel von Cecilia Klima hing im U-Bahnhof Isartor. Dann wechselte sie zum Bahnhof Marienplatz, den laut Aussage der Ströer-Gruppe, des größten Unternehmens für Außenwerbung, mehr als 160.000 Reisende täglich nutzen.

Neben P&P Creative Service bietet auch die H.O.Müller Werbegesellschaft Hintergleis-Werbung in U- und S-Bahnhöfen in München, Stuttgart und Hamburg – in Kürze auch in Frankfurt an. Das Unternehmen verfügt über etwa 300 Werbeflächen (3,60 mal 2,50 Meter), die angemietet und an einzelne Kunden weitervermietet werden. Unter der Headline „Über die man spricht“ können maximal acht Anzeigen platziert werden, eine Achtel-Fläche kostet laut Aussage des Vertriebsleiters Hannes Augustin 180 Euro pro Monat – inklusive graphischer Gestaltung auf Hochglanzfolie, sowie die laufende Betreuung des Großplakats. Die Laufzeit beträgt ein Jahr und endet automatisch. „Der Kunde braucht sich um nichts zu kümmern“, so Augustin und fügt hinzu: „Unsere Verlängerungsquote liegt bei 65 Prozent.“

Für Cecilia Klima belaufen sich die Kosten pro Jahr auf etwa 1.900 Euro. Nicht wenig, meint die Praxisinhaberin, aber der Erfolg gebe ihr Recht: Nach ihrer regelmäßig geführten Statistik kamen in den letzten fünf Jahren immer mehr Patienten über U-Bahn-Werbung und das Internet in ihre Praxis. Nur ein geringer Teil – etwa zehn Prozent – kam auf Empfehlung von Ärzten oder über Mund-zu-Mund-Propaganda. *(ks)*

KOSTEN PLAKATWERBUNG:

- Achtel-Fläche pro Plakat: 180 Euro pro Monat
- Inklusive: grafische Gestaltung/laufende Betreuung
- Vertragslaufzeit: ein Jahr

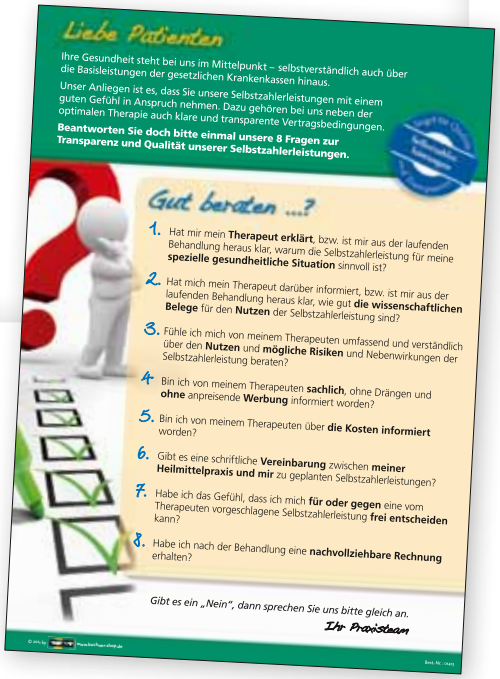
Kontakt: Anbieter von Hintergleiswerbung, P&P Creative Service, Erwin Posl, Einsteinstraße 10, 85521 Ottobrunn, Tel.: 089-6095889, E-Mail: anfrage@pp-creative-service.de, www.pp-creative-service.de

H.O.Müller Werbegesellschaft mbH, Altheimer Eck 2, 80331 München, Tel.: 089-23685661, Fax: 089-23685662, E-Mail: info@ueberdiemanspricht.de, www.ueberdiemanspricht.de

Checkliste:
Korrekte Selbstzahlerangebote in Heilmittelpraxen

Wer unsere Checkliste 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. 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?**


Liebe Patienten

Ihre Gesundheit steht bei uns im Mittelpunkt – selbstverständlich auch über die Basisleistungen der gesetzlichen Krankenkassen hinaus.

Unser Anliegen ist es, dass Sie unsere Selbstzahlerleistungen mit einem guten Gefühl in Anspruch nehmen. Dazu gehören bei uns neben der optimalen Therapie auch klare und transparente Vertragsbedingungen.

Beantworten Sie doch bitte einmal unsere 8 Fragen zur Transparenz und Qualität unserer Selbstzahlerleistungen.

Gut beraten ...?

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 Therapeuten **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?

Gibt es ein „Nein“, dann sprechen Sie uns bitte gleich an.

Ihr Praxisteam

up-premium plus

up-premium plus-Kunden können diese Checkliste kostenlos als Poster für Ihre Praxis bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

Kunden werben Kunden...

up-premium

☐ 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.

☐ Prämie 1:
Neoprene Messenger Bag

Die Kuriertasche von BUILT aus New York. Verstauen Sie Ihr Laptop stylisch, kompakt und sicher. Außenmaße: B 52,5 x H 32,5 x T 5,1 cm

☐ Prämie 2:
Sky Regenschirm

Dieser Regenschirm erfreut Sie mit dauerhaft freundlichem Wetter. Jederzeit – egal wo.

☐ Prämie 3:
360°-Segeltuchrucksack

Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

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

Werten Sie Ihr Abo auf! ✓

up-premium plus

- ✔ **Print- und E-Mail-Newsletter „unternehmen praxis“**
- ✔ **Fragen stellen per E-Mail, am Telefon, per Fax oder auf praxisfragen.de**
- ✔ **Voller Zugriff auf alle Downloadartikel, Musterschreiben und Kalkulationstools**
- ✔ **Beratung zur Anwendung der Heilmittel-Richtlinie, des Heilmittel-Kataloges und der gültigen Rahmenverträge**
- ✔ **Beratung bei Widerspruchsverfahren gegen Krankenkassen bei unrechtmäßiger Rechnungskürzung**
- ✔ **Betriebswirtschaftliche Beratung am Telefon**
- ✔ **Beratung bei der Prüfung von Heilmittelverordnungen**
- ✔ **Monatlicher Seminarscheck für buchner-Präsenzseminare in Höhe von 40 Euro**

☐ **Ja, ich möchte *up-premium plus* abonnieren!**

Ich möchte **„up-premium plus“** ab dem kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro (inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten) abonnieren. Der Preis wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr und muss drei Monate vor Ablauf gekündigt werden.

KONTAKTIEREN SIE MICH BITTE:

Vorname, Name ..... Telefon .....

Straße, Haus-Nr. ..... PLZ, Ort .....