praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 10/06

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 10/06

S. 1 Gesundheitsbericht für Deutschland erschienen
2 Ärzte erarbeiten IGeL-Codex
3 Krankenkasse verweigert Zahlung wegen beendeter Mitgliedschaft
3 Krankenkassen dürfen Therapieunterlagen nur bedingt einsehen
4 GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2006 vorgestellt
5 Rechtstipp: Fiskus muss Formularkopien akzeptieren!
5 Frauenärzte informieren im Internet
6 Deutscher Präventionspreis 2007
6 Update Gesundheitsreform (2): Einigung auf letzte strittige Punkte
6 Kleidung für Mitarbeiter kein geldwerter Vorteil
7 Noch eine BKK Fusion
7 Fortbildungspflicht auf Bundesebene verbindlich vereinbart
9 Med. Trainingstherapie kann die Komplikationsrate bei Typ 2-Diabetikern senken
9 Chronischer Rückenschmerz: Drei Therapieformen im Vergleich
9 Preiserhöhung für BG-Vergütungen
10 Serie Basel II

Guten Tag,

und herzlich willkommen zu Unternehmen Praxis, der monatlichen Print-Ausgabe des praxiswissen24-Newsletters! Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Ihr

Ralf Buchner

GESUNDHEITSPOLITIK

Gesundheitsbericht für Deutschland erschienen

Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit steigt in Deutschland. Aber: Immer noch zu viele Menschen rauchen, sind zu dick, bewegen sich zu wenig oder trinken zu viel Alkohol. Das sind die Kernaussagen des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“, den das Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jetzt veröffentlicht hat.

Sechs Kapitel auf insgesamt 220 Seiten bieten einen allgemeinverständlichen Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und das Gesundheitswesen in Deutschland: Wie steht´s um unsere Gesundheit, welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit, was leistet das Gesundheitswesen für Prävention und Gesundheitsförderung, wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme in der Gesundheitsversorgung verändert, wie viel geben wir für unsere Gesundheit aus, wie können sich Patientinnen und Patienten informieren und an Entscheidungen beteiligen? Alles Fragen, die der Gesundheitsbericht beantwortet.

Die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre relativieren sich durch den demografischen Wandel. Nicht nur Krebserkrankungen, sondern auch Diabetes mellitus, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen zu. So können die Deutschen zwar mit einem langen - und über lange Zeit gesunden - Leben rechnen. Gleichzeitig aber werden künftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten Behandlung und Pflege benötigen. Die Alterung der Gesellschaft ist daher eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems.

„In den vergangenen Jahren hat sich die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die das Robert Koch-Institut in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt durchführt, zu einer unverzichtbaren Informationsquelle über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und des Gesundheitswesens entwickelt“, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veröffentlichung.

buchner

Thieme

Betrachtet man diese Daten und Prognosen, stellt sich die Frage, warum es noch so wenig therapeutische Praxen gibt, die sich mit der Zielgruppe „Ältere Menschen“ auseinandersetzen. Ideen dazu findet man im Bericht allemal.

Seit 2001 sind zahlreiche GBE-Veröffentlichungen (GBE = Gesundheitsberichterstattungen des Bundes) erschienen, die kostenlos bestellt werden können (www.rki.de).

SELBSTZAHLERPRAXIS

Ärzte erarbeiten IGeL-Codex

Da es im Gesundheitswesen - vor allem bei Ärzten - immer wieder Diskussionen über die ethisch korrekte Abwicklung von Selbstzahlerleistungen gibt, hat die Ärzteschaft auf dem 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg einen IGeL-Codex erarbeitet.

Immer mehr Patienten fragen nach den so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). So werden Ärzte und Therapeuten fast zwangsläufig zu Anbietern von Selbstzahlerleistungen, wenn sie den Wünschen ihrer Patienten/Kunden entgegenkommen wollen. Um die Unsicherheit im Umgang mit Selbstzahlerleistungen zu regeln, hat die Ärzteschaft einen IGeL-Codex aufgestellt. Zum Codex gehören die folgenden Punkte:

1. Patienten sollen sachlich informiert werden, unzulässig ist marktschreierische und anpreisende Werbung.
2. IGeL sind erforderliche, empfehlenswerte oder ärztlich vertretbare Leistungen.
3. Korrekte und transparente Indikationsstellungen werden angestrebt.
4. Seriöse Beratung zu IGeL, ohne Patienten zu bedrängen oder zu verunsichern.
5. Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen.
6. Angemessene Bedenkzeit für den Patienten vor Abschluss des Behandlungsvertrages.
7. Für IGeL werden schriftliche Behandlungsverträge aufgesetzt.
8. Keine Koppelung von Selbstzahlerleistungen mit GKV-Leistungen.
9. Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität.
10. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Auch wenn diese Regeln nicht für 1:1 auf Therapeuten übertragbar sind, ist es auch für diese hilfreich, für ihr Selbstzahlerangebot solche Regeln zu definieren. Man könnte aus dem IGeL-Codex den „Selbstzahler-Codex für Therapeuten“ ableiten, der da lauten würde:

1. Patienten sollen sachlich informiert werden.
2. Selbstzahlerleistungen sind therapeutisch vertretbare Leistungen, die erforderlich sind, um die Lebensqualität der Patienten zu steigern.
3. Patienten werden seriös beraten, nicht bedrängt oder verunsichert.
4. Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen.
5. Der Patient hat angemessene Bedenkzeit vor Abschluss des Behandlungsvertrages.
6. Schriftlicher Behandlungsvertrag, aus dem Preis und Zahlungszeitpunkt hervorgehen.

Die meisten Praxen von Heilmittelerbringern handeln bereits nach diesen ethischen Gesichtspunkten. Wer sich noch scheut, Selbstzahlerleistungen anzubieten, kann sich an dem Codex orientieren.

Man könnte aus dem IGeL-Codex den „Selbstzahler-Codex für Therapeuten“ ableiten.

KRANKENKASSEN

Krankenkasse verweigert Zahlung wegen beendeter Mitgliedschaft

Bericht aus der praxiswissen24-Hotline: Der Trend zur unberechtigten Rechnungskürzung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen hält bundesweit an, Praxisinhaber sollen sogar die Mitgliedschaft der Patienten in der richtigen Krankenkasse überprüfen!

Der Fall dürfte vielen Praxisinhabern bekannt sein: Die Krankenkasse kürzt eine Abrechnung mit dem Hinweis auf fehlende Mitgliedschaft des Patienten. Eine ärgerliche Situation für den Praxisinhaber, hatte doch der Patient eine gültige kassenärztliche Verordnung vorgelegt. Die Frage eines Praxisinhabers an die praxiswissen24-Hotline lautete: „Ist diese Rechnungskürzung berechtigt?“

Die Antwort ist eindeutig:

Diese Rechnungskürzung durch die Krankenkasse ist unzulässig!

Die Begründung findet sich im Rahmenvertrag gem. §125 SGB V zwischen Kassen und Berufsverbänden. In §18 wird die Verpflichtung zur Durchführung einer Therapie festgeschrieben, wenn „Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und Frequenz der Leistungen“ auf der Verordnung vermerkt sind. Da diese Angaben auf der Verordnung in diesem Fall vorhanden waren, musste die Praxis die Behandlung durchführen und die Krankenkasse ist entsprechend den geltenden Verträgen verpflichtet, den fälligen Rechnungsbetrag vollständig zu bezahlen. Eine Prüfung, ob die vom Arzt eingetragene Gültigkeit der Versichertenkarte richtig ist, ist weder Gegenstand der Verträge noch der Rahmenempfehlungen gem. §125 SGB V noch Gegenstand der Heilmittelrichtlinien.

Da die Rahmenempfehlungen in jedem Bundesland individuell in Verträge umgesetzt werden müssen, kann es sein, dass die entsprechende Regelung in Ihrem Bundesland unter einem anderen Paragrafen festgeschrieben wurde.

!

Praxisinhaber sollten solche ungerechtfertigten Kürzungen auf keinen Fall zulassen!
praxiswissen24-Kunden können sich einen fertigen Musterbrief faxen oder mailen lassen.

KRANKENKASSEN

Krankenkassen dürfen Therapieunterlagen nur bedingt einsehen

Aus der praxiswissen24-Hotline: Es kommt vor, dass Krankenkassen Einsicht in Therapiedokumentationen fordern, zum Beispiel um Rechnungen zu prüfen oder Qualitätskontrollen durchzuführen. Das ist so nicht zulässig und sollte vom Praxisinhaber nicht ohne weiteres erlaubt werden.

Das Recht, dass eine Krankenkasse bei Therapeuten im Einzelfall patientenbezogene Daten anfordern darf, basiert auf § 100 SGB X. Nach diesem Paragrafen ist ein Angehöriger eines Heilberufs unter anderem verpflichtet, dem Leistungsträger auf dessen Wunsch Auskunft zu erteilen, wenn es für dessen Belange erforderlich ist. Der § 100 schränkt allerdings ein, dass diese Auskunftspflicht nur dann besteht, wenn:

- diese Auskunft gesetzlich zugelassen ist oder
- der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Das bedeutet, dass der Leistungsträger Auskünfte nur dann verlangen darf, wenn er sie für die Durchführung seiner Aufgaben benötigt. Eine Anfrage nach Informationen muss sich also auf den Einzelfall und einen konkreten Sachverhalt beschränken.
In der Rechtsprechung gab es bereits öfter Streit darüber, ob die Krankenkassen direkten Zugriff auf Sozialdaten der Patienten haben dürfen oder ob die Daten nur an den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) weitergegeben werden dürfen. Die Ärztekammern empfehlen niedergelassenen Ärzten (in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Datenschutzbeauftragten), den Krankenkassen nur dann Informationen zu geben, wenn die Anfrage vom MDK kommt. Man sollte also immer prüfen, ob in der Anfrage der Kasse zum Ausdruck kommt, dass der MDK die Unterlagen benötigt und nicht die Kasse selbst.
So verfahren auch die Krankenhäuser. Ein Urteil des Bundessozialgerichts bescheinigte ihnen, dass die gesetzlichen Krankenkassen selbst kein Recht besitzen, Krankenakten einzusehen. Dieses Recht steht „exklusiv“ dem MDK zu.

Quintessenz für die Therapiepraxis:
Auskünfte an Mitarbeiter von Krankenkassen über die zur Abrechnung notwendigen Daten hinaus sind kritisch. Alle Anfragen nach medizinischen Daten müssen vom MDK gestellt werden. Die Einsicht in eine Therapiedokumentation durch Mitarbeiter von Krankenkassen sollte abschlägig beschieden werden.

Tipp: Ein Praxisinhaber sollte vor einer Praxisbegehung klären, dass die Sozialdaten der Patienten nicht Teil der Begehung sein werden, ebenso wenig wie Einblicke in die Praxis-EDV oder die Terminbücher. Notfalls eine Begehung/Prüfung abbrechen und den Rat eines Anwalts einholen.

KRANKENKASSEN

GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2006 vorgestellt

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat am 20.9.2006 den Heil- und Hilfsmittelreport 2006 vorgestellt und für die Zukunft mehr Transparenz auf dem Markt der Heil- und Hilfsmittel eingefordert.
Wissenschaftler der Universität Bremen haben über eine Million Rezepte und Verordnungen der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ausgewertet. Sie kommen zu dem Schluss, dass Unter-, Über- und Fehlversorgungen dringend abgebaut werden müssen und dass die Verteilung der Beitragsgelder nicht immer zielgerichtet eingesetzt wird.
Wie immer, wenn Heil- und Hilfsmittel relativ undifferenziert in einen Topf geworfen werden, muss man sehr genau nachlesen, was die Hauptkritikpunkte sind. Die Forderung der GEK nach besserer Preistransparenz gilt nämlich nur für Hilfsmittel, die keine Höchstpreisregelung haben und die mit Preisdifferenzen von über 100% selbst die erfahrenen Gutachter überraschten. Dass die Heilmittelpreise seit Jahren auf niedrigem Niveau stagnieren, wurde nicht explizit erwähnt.
Allerdings zeigt der Report sehr deutlich die Umsatzentwicklungen im Heilmittelbereich allgemein: Während die Ausgaben für Physiotherapie in vielen KV-Bereichen zurückgehen (zum Beispiel in Westfalen-Lippe, in Sachsen, im Saarland, in Bremen und in Bayern), steigen in allen KVen die Ausgaben für Logopädie oder Ergotherapie deutlich an. In vielen Regionen geht die größer werdende Zahl der Anbieter mit der Steigerung der Umsätze einher - das nennt einer der Autoren des Reports, Prof. Dr. Gerd Glaeske, „angebotsinduzierte Nachfrage“.

So fällt auch die Kritik an der Menge der ergotherapeutischen Leistungen, die vom Kostenvolumen vor der Logopädie kommen, harsch aus. „Die Verordnungsrealität [...] zeigt eine Nutzung der Ergotherapie zu 50% bei Kindern bis zu 10 Jahren und in dieser Altersgruppe vorzugsweise für Jungen“, so Glaeske. „Der Verdacht liegt nahe, dass es sich hierbei um ein Phänomen der „Medizinisierung“ von eigentlich gesellschaftlich-pädagogischen Aufgaben handelt, wenn ein so großer Anteil von Kindern eine medizinisch-therapeutische Behandlung erfährt.“
Zu einem ähnlichen Schluss kommen die Gutachter auch bei logopädischer Therapie. Auffällig ist, dass Studien zitiert werden, die die Notwendigkeit von Logopädie in Frage stellen, und dass die Frage nach Effektivität, Evidenz und Effizienz von Heilmitteltherapie im Allgemeinen und von Logopädie im Besonderen mehrfach gestellt wird.

Fazit: Mehr Transparenz herzustellen bei dem, was Heilmitteltherapie zu leisten vermag, ist eine dringend notwendige Aufgabe, auch für niedergelassene Praxen. Es wird höchste Zeit, dass alle Heilmittelerbringer verstärkt Studien auf den Weg bringen, die die Relevanz von Heilmitteltherapie für die Patienten belegen.

Die Vorabveröffentlichung der Studie kann man auf der Seite der GEK herunterladen: Heil- und Hilfsmittelreport 2006 (Vorabdruck)

STEUERN/RECHT

Rechtstipp: Fiskus muss Formularkopien akzeptieren!

Finanzämter dürfen keine überzogenen Anforderungen an die von Steuerpflichtigen eingereichten Formulare stellen.
Der Bundesfinanzhof hat mit seinem Urteil vom 25. Mai 2006 festgestellt, dass das Finanzamt zum Beispiel eine Steuererklärung auf einseitig bedruckten Kopien der amtlichen Vordrucke akzeptieren muss. (AZ. VI R 15/02)
Wenn die eingereichten Formulare nicht beidseitig bedruckt und die vier Seiten des Mantelbogens nicht zusammengeheftet waren, akzeptierten die Finanzämter sie häufig nicht. Das ist jetzt passé, denn „Die Auswertung der Daten und die Eingabe in die elektronische Datenverarbeitung kann mit einseitigen Kopien ohne zeit- und personalaufwändige Abänderungen durchgeführt werden“, urteilten die Richter. Außerdem interessant: Benutzt man amtliche Vordrucke eines anderen Bundeslandes, darf dies ebenfalls kein Hindernis darstellen.

ÄRZTE

Frauenärzte informieren im Internet

Das neue Internetportal www.frauenaerzte-im-netz.de informiert rund um das Thema Frauengesundheit. Herausgeber des neuen Internetauftritts sind der Bundesverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Neben klassischen Themen wie Verhütung und Brustkrebs gibt es Informationen zu Ursachen, Warnzeichen und Therapien von rund 70 gynäkologisch-geburtshilflichen Erkrankungen. Wer nach Physiotherapie sucht, findet nur einen Eintrag - nämlich eine Anleitung für das Beckenbodentraining.

http://media.frauenaerzte-im-netz.de/mediadb/media/FiN/pdf/beckenboden.pdf

GESUNDHEITSPOLITIK

Deutscher Präventionspreis 2007

„Prävention stärken - lokal und regional“ - unter diesem Motto wird der diesjährige Deutsche Präventionspreis vergeben. Dieser unterstützt kommunale und regionale Programme zur Gesundheitsförderung und zur Förderung eines gesunden Lebensstils.

Der Deutsche Präventionspreis ist ein Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Er steht unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt und wird 2007 zum vierten Mal vergeben. Die Ausschreibungsunterlagen sind unter www.deutscher-praeventionspreis.de zu finden. Mit dem Wettbewerb und dem Preisgeld von insgesamt 50.000 Euro sollen vorbildliche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland identifiziert, prämiert und veröffentlicht werden.

Der Preis ist interessant für alle Praxen, die zum Beispiel mit Selbsthilfeorganisationen, Krankenkassen oder anderen Kooperationspartnern ein Projekt zum Thema Prävention entwickelt und umgesetzt haben.

www.deutscher-praeventionspreis.de

GESUNDHEITSPOLITIK

Update Gesundheitsreform (2): Einigung auf letzte strittige Punkte

Nach monatelangem Tauziehen haben sich die Spitzen der großen Koalition auf die Gesundheitsreform geeinigt. Doch die Kritik an den beschlossenen Maßnahmen hält an.

Die Partei- und Fraktionschefs von CDU/CSU und SPD sind sich einig, dass die Gesundheitsreform am 1. April 2007 in Kraft treten soll. Ihr Kernstück, der Gesundheitsfonds als Sammelstelle der Beitragsgelder, startet aber erst zum 1. Januar 2009 statt wie eigentlich geplant 2008. In puncto Zusatzbeiträge soll es bei der Begrenzung auf ein Prozent des Einkommens der Versicherten bleiben. Bis zu einer Höhe von acht Euro monatlich soll es jedoch keine Einkommensprüfung geben.

STEUERN/RECHT

Kleidung für Mitarbeiter kein geldwerter Vorteil

Als Arbeitgeber kann man seinen Mitarbeitern Kleidungsstücke überlassen, ohne dass daraus für den Angestellten ein geldwerter Vorteil mit entsprechenden steuerlichen Konsequenzen resultiert.

Erhält ein Arbeitnehmer vom Arbeitgeber Berufskleidung, die weder eine Arbeitsschutzfunktion noch ein Firmenlogo hat, gilt diese trotzdem nicht als lohnsteuerlich zu erfassender geldwerter Vorteil. Dies ergibt sich aus einem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 22. Juni 2006 (VI R 21/05).

Mit dem Argument, solch eine Kleidung könne auch im Privatleben getragen werden, hatte ein Finanzamt das Überlassen derartiger Kleidungsstücke als Teil des steuerpflichtigen Arbeitslohns angesehen.
Der Bundesfinanzhof lässt diese enge Auslegung vom Finanzamt nicht gelten. Zur Begründung: Das Stellen von Kleidung erfolgt, um ein einheitliches Erscheinungsbild aller Mitarbeiter zu erzeugen. Sowohl nach innen im Sinne des Zusammengehörigkeitsgefühls als auch nach außen im Sinne der Wirkung in der Öffentlichkeit soll damit das Erscheinungsbild des Unternehmens (sogenannte corporate identity) verbessert werden. Es sei nicht gerechtfertigt, den Lohnsteueranspruch davon abhängig zu machen, ob auf den Kleidungsstücken ein Firmenlogo angebracht ist oder nicht. Außerdem habe Arbeitskleidung keinen „Entlohnungscharakter", der Arbeitnehmer erhält sie also nicht als Belohnung für geleistete Arbeit.
Die Klägerin, die sich mit diesem Urteil dem Finanzamt zur Wehr setzte, beschäftigt Mitarbeiter in Lebensmittelläden. Das Urteil lässt sich aber genauso gut auf die therapeutische Praxis anwenden: Praxisinhaber dürfen demnach ihre Mitarbeiter mit Berufskleidung ausstatten (egal ob mit Praxislogo oder ohne) und diese muss nicht als geldwerter Vorteil versteuert werden.

Berufskleidung: egal ob mit Praxislogo oder ohne.

KRANKENKASSEN

Noch eine BKK Fusion

Die Betriebskrankenkassen, die dem ThyssenKrupp Konzern eng verbunden sind, schließen sich zusammen. Ab 2007 sitzen sie im selben Boot: die BKK Blohm + Voss, Hamburg, und die ktpBKK, Essen. Einstimmig beschlossen die Verwaltungsräte der beiden Betriebskrankenkassen ihre Fusion zum Jahreswechsel. Beide Betriebskrankenkassen betreuen zusammen etwa 150.000 Versicherte, die meisten davon im Großraum Hamburg und im Ruhrgebiet. Die ktpBKK betreut außerdem die meisten Beschäftigten von KarstadtQuelle.

PRAXISMANAGEMENT

Fortbildungspflicht auf Bundesebene verbindlich vereinbart

Die in den Verträgen zwischen GKV und Berufsverbänden zu regelnde Fortbildungspflicht ist in Form einer Anlage zu den Rahmenempfehlungen verabschiedet worden.
Wie schon am 14. September angekündigt, ist die „Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen" am 25. September 2006 von den gesetzlichen Krankenversicherungen auf Bundesebene unterzeichnet worden.
Jetzt folgen Fleißarbeiten auf Länderebene, nämlich die Umsetzung der Rahmenempfehlungen in die jeweiligen Verträge. Dabei geht es im Detail nur noch um die Höhe der „Bestrafung" für fehlende Fortbildungsaktivitäten in Form von Vergütungsabschlägen und Fristen zu Nachbesserung.

Alle nach dem 31. Oktober 2006 begonnenen Fortbildungen sollen auf den Betrachtungszeitraum ab dem 1. Januar 2007 angerechnet werden, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt sind.

Was bedeutet die neue Fortbildungsregelung für den Inhaber einer therapeutischen Praxis?

Punktesammeln nur für die Chefs

Die neue Fortbildungsverpflichtung gilt nur und ausschließlich für den zugelassenen Inhaber bzw. fachlichen Leiter der Praxis. Für alle Angestellten und freien Mitarbeiter bleiben die bestehenden Regeln erhalten, in denen eine berufliche Fortbildung mindestens ein Mal alle zwei Jahre extern zu erfolgen hat.

2 Tage Fortbildung im Jahr ist genug

Der Praxisinhaber ist verpflichtet, 60 Fortbildungspunkte in vier Jahren zu erwerben, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Ein Fortbildungspunkt entspricht einer Unterrichtseinheit von 45 Min. Das bedeutet, dass mit zwei Tagen Fortbildung allen Anforderungen der Rahmenempfehlungen Genüge getan ist. Da Kongressteilnahmen unter bestimmten Voraussetzungen auch noch sechs Fortbildungspunkte bringen können, ist es sogar denkbar, dass auch 1 ½ Tage Fortbildung pro Jahr ausreichend sind, die Rahmenempfehlungen einzuhalten.

Sanktionen frühestens 2011

Sollte ein Inhaber sich wider Erwarten nicht fortbilden, treten Sanktionen in Kraft. Eine Rechnungskürzung von 7,5% wäre dann denkbar. Wenn man allerdings die zeitlichen Vorgaben betrachtet, dann wird es frühestens 2011 das erste Mal dazu kommen können, dass renitente Fortbildungsverweigerer eine Rechnungskürzung bekommen. Und auch dann wird noch zu klären sein, ob eine Pauschalkürzung aller Umsätze einer Praxis möglich ist, wenn die Fortbildungspflicht nur eines einzelnen Therapeuten nicht erfüllt wurde. Insofern hat die neue Fortbildungsregelung nicht wirklich dramatische Auswirkungen.

Ärzte erhalten und benötigen mehr Punkte

Ärzte erhalten ebenfalls Fortbildungspunkte und zwar auch für betriebswirtschaftliche Fortbildungen, Online-Learning und Supervisionsteilnahme. Das ist bei Therapeuten nicht der Fall. Deswegen ist die Anzahl der Fortbildungspunkte, die ein Therapeut erbringen muss, wesentlich geringer als bei den Ärzten. Die Ärzte müssen in fünf Jahren 250 Punkte erarbeiten im Gegensatz zu den 60 Punkten, die ein Therapeut in vier Jahren erarbeiten muss. Das entspricht einem Verhältnis von 15 Punkten eines Therapeuten zu 50 Punkten eines Arztes.

Download „Anlage 4 der Rahmenempfehlungen“ www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/heilmittel/71610.pdf

PHYSIOTHERAPIE

Med. Trainingstherapie kann die Komplikationsrate bei Typ 2-Diabetikern senken

Inwieweit Physio- und Sporttherapeuten im Rahmen der Medizinischen Trainingstherapie Risikofaktoren für Folgeerkrankungen bei Typ 2-Diabetikern reduzieren können, war Fragestellung einer Literaturarbeit von Mitarbeitern der Philipps-Universität Marburg.
Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass regelmäßiges Training auf verschiedene Faktoren Einfluss nimmt, welche zu mikro- oder makroangiophathisch bedingten Folgeerkrankungen führen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Physiotherapeuten und Sporttherapeuten mit Medizinischer Trainingstherapie die Komplikationsrate bei Typ 2-Diabetikern senken können. Sie schlagen vor, den Patienten im Rahmen von Disease-Management-Programmen regelmäßig Medizinische Trainingstherapie anzubieten.

Unterlagen für Ihre Ärztekommunikation!

Die Arbeit ist in der Zeitschrift Diabetologie und Stoffwechsel 2006; 1: 26-45, Georg Thieme Verlag erschienen. Unter der Internet-Adresse http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/ds/doi/10.1055/s-2006-931491 ist das Abstract einsehbar.

PHYSIOTHERAPIE

Chronischer Rückenschmerz: Drei Therapieformen im Vergleich

In einer gemeinsamen Studie von verschiedenen Hochschulen wurde die Wirksamkeit der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP), der Ambulanten Rehabilitation (AR) und der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verglichen.
Die Daten belegen gute Behandlungsergebnisse bei allen drei Therapietypen. Im Gegensatz zu anderen deutschsprachigen Studien zeigt diese Studie auf allen relevanten Ergebnisparametern statistisch signifikante Ergebnisse mit teilweise hohen Effektstärken. Insbesondere in der Dimension „Schmerz“, in der Dimension „Gesundheit“ und in der Dimension „Funktionsfähigkeit im Alltag“ konnten gute Effekte gemessen werden, die auch nach einem halben Jahr noch anhielten.
Besonders die MTT wurde als sinnvolles Therapiekonzept für Patienten mit Rückenschmerzen identifiziert, das sich durch einen frühen Beginn während des Krankheitsverlaufs und niedrige Therapiekosten auszeichnet.

Unterlagen für Ihre Ärztekommunikation!

Die Arbeit ist in der Zeitschrift Rehabilitation 2006; 45: 65-77, Georg Thieme Verlag erschienen. Unter diesem Link ist das Abstract einsehbar: http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/ds/doi/10.1055/s–2005–915338

KRANKENKASSEN

Preiserhöhung für BG-Vergütungen

Die Berufsgenossenschaften haben ihr Umlaufverfahren zur Gebührenerhöhung am 11. Oktober 2006 abgeschlossen. Damit gilt die neue Gebührenvereinbarung der Berufsgenossenschaften rückwirkend zum 1.9.2006. Die Preise sind für alle A-Positionen um 0,97% angehoben worden. Das vollständige neue Gebührenverzeichnis kann man als PDF im Internet downloaden.

http://www.hvbg.de/d/pages/reha/verguet/physio2.pdf

SERIE FINANZEN

Serie Basel II

Basel, Banken und Bedenken ... zum Jahresbeginn 2007 gilt die neue Richtlinie Basel II, was deutliche Verschärfungen der Kreditbedingungen von Banken zur Folge hat. Die meisten Praxisinhaber wissen noch nicht genug über Basel II und das sogenannte Kreditrating. In den letzten Ausgaben des Newsletters haben wir Ihnen Informationen gegeben, mit denen Sie mehr Sicherheit bei Bankverhandlungen erreichen werden.

1. Was ist Basel II?

Auch wenn man durch Existenzgründer oder Kleinunternehmer oft einen anderen Eindruck bekommt: Die Vergabe von Krediten durch Banken an Unternehmer hängt von nachvollziehbaren Kriterien ab. Zur Vereinheitlichung dieser Kriterien hat der Kreditausschuss der Bank für Internationalen Zahlungsausgleich mit Sitz in Basel einen Beschluss gefasst, der als „Basel II“ (daher der Name) bezeichnet wird.

Ziel dieser Richtlinie soll die Stabilisierung der Weltfinanzlage sein. Bisher mussten Kreditinstitute eine einheitliche Eigenkapitaldecke pro Kreditbetrag vorhalten. Nach der neuen Richtlinie Basel II soll sich die Eigenkapitalquote künftig an dem Risikoprofil des jeweiligen Kreditnehmers orientieren. Dabei gilt, dass ein hohes Risiko höhere Zinsen bedeutet, ein niedrigeres Risiko niedrigere Zinsen.

In Zukunft hängt also der Preis eines Kredites (= Höhe der Zinsen) davon ab, wie die individuelle Risikoeinstufung des Kreditnehmers ausfällt. Dazu wird ein sogenanntes Kreditrating durchgeführt. Dieses in Basel II vorgesehene Verfahren ermöglicht es der Bank, die Kreditkonditionen mit Hilfe von nachvollziehbaren Kriterien festzulegen. Insofern ist Basel II auch ein Instrument, um klare Verhältnisse zwischen Bank und Kunde herzustellen.

Ab dem 1.1.2007 sollen die neuen Regeln die alleinige Grundlage für die Kreditvergabe sein. Generell gilt: Je klarer die wirtschaftlichen Verhältnisse eines Praxisinhabers, desto billiger werden Kredite. Unklarheit über die eigene betriebswirtschaftliche Situation und ein schlechtes Berichtswesen gegenüber der Bank werden dazu führen, dass Kredite deutlich teurer werden. Insofern führt Basel II dazu, dass Kreditnehmer Einfluss auf ihre Kreditkosten haben, indem sie das Ergebnis des Kreditratings beeinflussen können.

2. Das Kreditrating - Grundlagen

Das Wort Rating kommt aus dem Englischen und heißt wörtlich übersetzt „Bewertung“ oder „Einschätzung“. Durch ein Kreditrating wird systematisch geprüft, inwieweit ein Kreditnehmer auch in Zukunft in der Lage sein wird, seine finanziellen Verpflichtungen vollständig und fristgerecht zu erfüllen. Und im Prinzip ist Rating auch nichts Neues, denn deutsche Banken haben natürlich schon immer ihre Kunden beurteilt. Mit Basel II werden die Rating-Kriterien international vereinheitlicht, was durchaus auch Vorteile für kleine Unternehmen hat.

!

Generell gilt: Je klarer die wirtschaftlichen Verhältnisse eines Praxisinhabers, desto billiger werden Kredite.

Durch ein Kreditrating wird systematisch geprüft, inwieweit ein Kreditnehmer auch in Zukunft in der Lage sein wird, seine finanziellen Verpflichtungen vollständig und fristgerecht zu erfüllen.

Die bei einem Rating angewandten Beurteilungs- oder Bewertungskriterien lassen sich in drei Bereiche einteilen:

- Wirtschaftliche Verhältnisse (quantitative Unternehmensbewertung)
- Qualitative Unternehmensbewertung
- Branchen-, Produkt- und Umfeldanalyse

Die wirtschaftlichen Verhältnisse machen etwa 50% des Gesamtratings aus, die qualitative Unternehmensbewertung rechnet sich mit ca. 30% in das Rating hinein. Branchen-, Produkt- und Umfeldanalyse machen die übrigen 20% aus.
Interessant ist dabei, dass die Hardfacts Jahresabschluss, Kennzahlen, Cashflow etc. nur mit 40 - 50 % in das Gesamtrating einfließen, mithin also die weichen Faktoren eine größere Rolle spielen, als von den meisten Praxisinhabern angenommen.
Und generell lässt sich auch verallgemeinern: Je kleiner ein Unternehmen ist, desto stärker wird der Einfluss der Softfacts. Denn je kleiner die Firma ist, umso wichtiger sind die Informationen, die sich auf den Unternehmer selbst beziehen.
Zu den Softfacts gehören insbesondere

- betriebswirtschaftliche Qualifikationen des Praxisinhabers
- Führungskompetenz
- Leistungsangebot der Praxis (zum Beispiel auch Selbstzahlerleistungen)
- Kommunikation mit der Bank
- Vorliegen einer Praxis- und Finanzplanung
- Praxismarketing
- Netzwerk mit Ärzten

Die Banken haben angekündigt, auf die Besonderheiten der freien Berufe beim Rating Rücksicht zu nehmen. So werden Finanzkennzahlen bei Praxen anders bewertet als bei großen Unternehmen, auch weil die meisten Praxen eine vereinfachte Buchhaltung (Einnahmen-Überschuss-Rechnung) haben und deswegen bestimmte Kennzahlen so nicht vorhalten.

3. Die Praxis des Kreditratings

Die Praxis des Kreditratings bei Freiberuflern fängt bei ganz einfachen Dingen an. So ist für die Hausbank die Führung des Praxiskontos und der Privatkonten wichtig. Sind die Konten konstant im Soll oder werden sogar vereinbarte Linien überzogen, so schlägt sich das in einem schlechteren Rating nieder. Werden die laufenden Konten im Haben geführt und die fälligen Kreditverbindlichkeiten fristgerecht getilgt, hat das einen positiven Effekt auf die nächste Zinsverhandlung.

Die Bank möchte anhand einer Liquiditätsplanung sehen, dass der Praxisinhaber seinen Rückzahlungspflichten ordnungsgemäß nachkommt. In der Liquiditätsplanung werden Geldflüsse geplant. Investitionen in die Praxiseinrichtung oder -erweiterung, Gehaltskosten für angestellte Therapeuten, sonstige laufende Praxisausgaben, Vorfinanzierung von Patientenrechnungen, etwaige anfängliche Verluste und die Privatentnahmen für den Lebensunterhalt sind Positionen, die Geldabfluss aus der Praxis bedeuten. Dem gegenüber stehen Geldzuflüsse in Form von geplanten Umsätzen. Die Einhaltung solcher Planungen schätzen Banken sehr und honorieren solche Planungsgenauigkeit mit einem verbesserten Rating.

Sind die Konten konstant im Soll oder werden sogar vereinbarte Linien überzogen, so schlägt sich das in einem schlechteren Rating nieder.

Bei Freiberuflern wird nicht zwischen Praxis und Privat getrennt. Deswegen ist es für den Praxisinhaber wichtig, auch im privaten Bereich finanziell zu planen. Ein fixer Betrag im Monat für die private Lebenshaltung sollte dann nicht durch den berühmten „Griff in die Kasse“ aufgebessert werden. Viele gutgehende Praxen scheitern an dieser mangelnden privaten Disziplin ihrer Inhaber und sorgen so für unnötig hohe Kreditkosten.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen sind auch an den Banken nicht spurlos vorübergegangen. Pleiten von therapeutischen Praxen gibt es fast in jeder Stadt, so dass die Banken inzwischen nicht mehr jedes Praxisprojekt finanzieren. Die Banken erwarten von Therapeuten, dass ihnen die Kennzahlen der Praxis bekannt sind und dass es für den Zeitraum von einem Jahr eine einigermaßen verlässliche Planung gibt. Vorbei die Zeiten, in denen eine Therapiepraxis nach dem „Management by Kontoauszug-Prinzip“ geführt werden konnte. Die Banken verlangen Transparenz und Planungssicherheit. Daten müssen unaufgefordert und regelmäßig an den zuständigen Kundenbetreuer geliefert werden. Klappt dies nicht, droht bei zukünftigen Kreditkonditionen aufgrund des schlechteren Ratings ein Risikoaufschlag.

4. Wirtschaftliche Praxisführung

Der Praxisinhaber als Unternehmer - das ist der Anspruch der Banken an ihre Kreditkunden. Während früher oft der Steuerberater den Banken als Ansprechpartner ausreichte, will man heute sehen, dass der Inhaber selbst seine Praxis betriebswirtschaftlich im Griff hat. Die BWA (Betriebswirtschaftliche Auswertung) ist bereits eine Selbstverständlichkeit, um monatlich oder quartalsweise der Bank Bericht zu erstatten. Jetzt sind zusätzliche Informationen gefragt, um die wirtschaftliche Führung der Praxis zu demonstrieren.

Überblick und Planung sind die Schlüsselkomponenten für den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis. Sie liefern genau die Daten, die sich für die Kommunikation mit der Bank eignen. Gerade in Zeiten von Gesundheitsreformen will die Bank sehen, dass der Praxisinhaber eine Strategie für das wirtschaftliche Überleben der Praxis hat. Ergänzend erwartet sie, dass spätestens im November die Jahresplanung für das nächste Jahr in Form von Umsatz- und Kostenplanung zu Papier gebracht worden ist. Daran erkennt man, welche Schwerpunkte die Praxis im kommenden Jahr setzen will. Beispiel: Eine Veränderung bei der erwarteten Umsatzverteilung zwischen GKV-, PKV- und Selbstzahlerpatienten lässt erkennen, in welche Richtung die Praxis steuert. Wenn zum Beispiel verstärkt Selbstzahlerpatienten für Umsatz sorgen sollen, wird sich das auch in erhöhten Marketingaufwendungen niederschlagen.

Die Planrechnung wird im kommenden Jahr dann immer wieder mit den IST-Zahlen abgeglichen. So können Praxisinhaber frühzeitig auf Abweichungen reagieren. Damit man nicht jedes Detail der IST-Zahlen mit der Planung vergleichen muss, reduziert man die Ergebnisse der Praxis auf sogenannte Kennzahlen. Anhand dieser meist wenigen Zahlen kann man sofort „erkennen“ (daher der Name), ob die Praxis läuft oder nicht. Auch die Banken setzen Kennzahlen für das Rating ein. Wichtig für den Praxisinhaber ist es zu wissen, welche Kennzahlen für die Bank wichtig sind. (wird fortgesetzt)

!

Die Banken erwarten von Therapeuten, dass ihnen die Kennzahlen der Praxis bekannt sind und dass es für den Zeitraum von einem Jahr eine einigermaßen verlässliche Planung gibt.

Impressum • 2006/10
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7 • 24223 Raisdorf
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
http://www.buchner.de/

in Kooperation mit
dem Georg Thieme Verlag, Stuttgart
www.thieme.de

Dieser Newsletter ist Bestandteil Ihres praxiswissen24-Abonnements. Wenn Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an **kontakt@praxiswissen24.de**