praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 04/2008

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 04/2008

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK
Pflegereform startet zum 1. Juli 2008 5
Erste Ergebnisse der IV-Verträge für Rückenschmerzpatienten 6
Neue Vorsorgeuntersuchung U 7a soll zum 1. Juli kommen 8
Abweichung von Reha-Verordnung nur noch mit schriftlicher Begründung 9

RECHT/STEUERN
Versicherungsbedingungen der PKV zur Heimittelkostenerstattung gekippt 2
Beihilfe begründet keinen Anspruch auf vollständige Kostendeckung 3
Privatversicherungen verhalten sich teilweise wettbewerbswidrig 3
Steuerabzug für Private Krankenversicherung zu niedrig 11

MARKETING
Argumente für Gesundheitsförderung in kleinen Firmen 8
Teuer wirkt besser 11

FINANZEN
Serie Gehalt optimieren: Steuer- und abgabenfreie Zuschläge nutzen 12
Serie Kalkulation: Personalkosten-Check 12
Serie Kalkulation: Skonto oder Bankkredit? 14

KRANKENKASSEN
„Gesundheitsurlaub“ auf GKV-Kosten 7

MITARBEITER
Mitarbeiter wegen häufiger Krankheit kündigen 15

ÄRZTE
KBV will keine Konkurrenz 4
Gegen die Substitution ärztlicher Leistungen 4

PRAXISMANAGEMENT
Digitale Röntgenbilder am Praxis-PC ansehen 10

Keine Angst vor Akademikern

„Muss ich jetzt etwa auch noch meinen Bachelor machen?“ fragte mich neulich Ute, Praxisinhaberin und Chefin von sieben Therapeuten. Vor dem Hintergrund der Diskussion um den „First-Contact“ für Therapeuten sorgte sie sich, dass ihre herkömmliche – nicht akademische – Ausbildung in Zukunft nicht mehr als Qualifikationsnachweis ausreichen könnte.
Die Angst vor der akademischen Konkurrenz ist aber unbegründet: In den Lehrplänen der Fachhochschule geht es weniger um Fachlichkeit im eigentlich therapeutischen Sinne als um Methodenkompetenz im wissenschaftlichen Bereich. Ein akademisch ausgebildeter Therapeut ist also nicht per se ein besserer Therapeut, sondern hat lediglich gelernt, seine therapeutische Arbeit aus einem wissenschaftlichen Blick heraus zu reflektieren. Das Studium hat kaum direkten Einfluss auf die einzelne Therapiesitzung, kann aber mittel- und langfristig die Reputation des Berufsstandes und auch den Ruf einer Praxis verbessern.
Ob ein Therapeut als „First-Contact“ arbeiten darf – wenn dieser denn endlich kommt –, wird sicherlich nicht von seiner wissenschaftlichen Kompetenz abhängen, sondern von seiner fachlichen Qualifizierung. Ein Blick hinüber in andere Branchen bestätigt das: Die Heilpraktiker müssen für ihren „First-Contact“ lediglich eine „Ich-richte-keinen-Schaden-an“-Prüfung bestehen. Und die Pflegekräfte, die in Pilotversuchen Direktzugang zur Patientenversorgung haben, benötigen dafür keinen akademischen Abschluss, sondern müssen bestimmte fachliche Voraussetzungen erfüllen.
Die Praxisinhaberin Ute kann also getrost ihre Studienpläne ad acta legen und sich wieder ihren fachlichen Schwerpunkten zuwenden.

Ahnungslose Gesundheitsministerin

Die vor kurzem geführte Diskussion um längere Wartezeiten für Kassenpatienten führt zwangsläufig zur Frage, ob Politiker bewusst die Unwahrheit sagen oder einfach keine Ahnung haben.
„Wir haben vielleicht einen Zwei-Klassen-Service, aber keine Zwei-Klassen-Medizin“, wird Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der „Saarbrücker Zeitung“ zitiert. Wenn der Arzt seine Zulassung als Vertragsarzt beantrage, dann verpflichte er sich damit, die gesetzlich Versicherten genau so zu behandeln wie Privatpatienten. Stimmt das?
Da hilft ein Blick ins Sozialgesetzbuch V. Der Paragraph 12 schränkt die Möglichkeiten der Vertragsärzte ein: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Juristen legen den Inhalt dieses Paragraphen so aus: „Ausreichend ist eine Leistung, die nach Art und Umfang genügt, um die jeweilige Zielsetzung dieser Leistung zu erreichen .... wenn Geringeres bereits ausreicht, ist mehr nicht zulässig.“ Und das „Maß des Notwendigen verbietet ein Übermaß nach Art und Umfang der Leistung“
Das SGB V legt also im Paragraphen 12 fest, dass der GKV-Patient immer nur Anrecht auf eine Minimalversorgung hat. Hätte Ulla Schmidt recht, dürfte es keine medizinischen Maßnahmen geben, die über diese Minimalversorgung hinausgehen. Hätte sie recht, >

buchner

Thieme

dürfte es keine privaten Krankenversicherungen geben, die damit werben, dass ihre Versicherten vom erfahrenen Chefarzt behandelt werden.
Im Gegensatz zu Frau Schmidt wissen andere Akteure im Gesundheitswesen um die Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versorgung. Die Zwei-Klassen-Medizin ist nach Auffassung von Theodor Windhorst, dem Vorsitzenden der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL), längst „eingeschliffene Praxis" in Deutschland. „Da muss man die Hose runterlassen. Das ist die Realität", sagt Windhorst in der „Ärztlichen Praxis".
Auch Volker Leienbach, der Präsident des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, bestätigt den Unterschied zwischen GKV- und PKV-Patienten. In der „Ärzte-Zeitung" lehnt Leienbach ein einheitliches Honorarsystem für PKV und GKV mit der Begründung ab, es würde zu einer Vereinheitlichung der Versorgung „nach unten" führen.
Und Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe beschreibt in einer Pressemitteilung, dass die Gesundheitspolitik der Auslöser für längere Wartezeiten in den Praxen ist: „Viele Ärzte behandeln schon jetzt ihre Patienten in den letzten Tagen und Wochen des Quartals kostenlos oder versuchen, nicht akut notwendige Behandlungen auf das nächste Quartal zu verlegen... Es ist perfide, Ärzte für die Folgen staatlich vorgegebener Unterfinanzierung im Gesundheitswesen verantwortlich zu machen."
Ob Gesundheitsministerin Schmidt mit ihrer Aussage, Vertagsärzte wären verpflichtet GKV- und PKV-Patienten gleich zu behandeln perfide ist, vermag ich nicht zu beurteilen. Ich hoffe lediglich, dass sie nicht bewusst Falschaussagen macht, und komme daher zu dem Schluss: Sie ist ahnungslos!

Viel Spaß beim Lesen der monatlichen Print-Ausgabe des praxiswissen24-Newsletters! wünscht Ihnen

Ihr

Ralf Buchner

RECHT

Versicherungsbedingungen der PKV zur Heilmittelkostenerstattung gekippt

(bu) Die Versuche der privaten Krankenversicherung (PKV), die Heilmittelpreise auf die Höhe der behilfefähigen Höchstsätze zu begrenzen, sind vielfältig. Der Bundesgerichtshof hat Ende letzten Jahres erneut gegen diese Bestrebungen der PKV entschieden.
Mit einer Änderung der Versicherungsbestimmungen wollte eine private Krankenversicherung dafür sorgen, dass sich die tarifliche Erstattungsverpflichtung für Heilmittelkosten auf die Höhe der beihilfefähigen Höchstbeträge beschränkt. Doch der Bundesgerichtshof (BGH) hat diese Änderung jetzt endgültig gekippt: Die einseitige Änderung der Versicherungsbedingungen entsprach nicht den gesetzlichen Rahmenbedingungen und ist deshalb unwirksam.
Betroffene Privatpatienten könnten aufgrund dieser Urteile ihr Geld von ihrer privaten Krankenversicherung zurückfordern, vorausgesetzt ihre Versicherung hat sich bei der Kürzung einer Rechnung auf diese geänderte Vertragsbestimmung berufen. Da das Verfahren schon seit 2003 läuft, wird vermutlich kaum ein Privatpatient rückwirkend noch aktiv werden.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Urteile für ihre Patienten bei der Hotline kostenlos abrufen (BGH 12.12.2007 Az: IV ZR 130/06 und Az: IV ZR 144/06).

RECHT

Beihilfe begründet keinen Anspruch auf vollständige Kostendeckung

(bu/pm) Das Bundesverwaltungsgericht (BVG) in Leipzig hat jetzt entschieden, dass es grundsätzlich rechtens ist, Beamten eine Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten aufzuerlegen.
Laut BVG könnten Beamte nämlich nicht darauf vertrauen, dass ihnen die nicht durch die Leistungen einer beihilfekonformen Krankenversicherung gedeckten Krankheitskosten von der Beihilfe stets ohne Abstriche erstattet werden. Es gäbe keinen Anspruch auf vollständige Kostendeckung. Einmal mehr bestätigt sich, dass die beihilfefähigen Höchstsätze für Heilmittel bei Beamten keine Preisobergrenzen darstellen. Damit ist für Beamte eine Eigenbeteiligung an ihren Heilmittelkosten auch höchstrichterlich bestätigt.

Service: Die noch nicht veröffentlichte Urteilsbegründung wird nach nachgereicht. praxiswissen24-Kunden können sich bei der Hotline vormerken lassen (Az: BVerwG 2 C 49.07, 2 C 52.07, 2 C 63.07 - Urteile vom 20. März 2008).

RECHT

Privatversicherungen verhalten sich teilweise wettbewerbswidrig

(bu) Wiederholt behaupten einzelne private Krankenversicherungsunternehmen gegenüber ihren Versicherten, die Preise für Heilmittel seien zu teuer, nicht üblich und beim nächsten Heilmitteltermin sollen sie sich doch nach einem billigeren Therapeuten umsehen. Mit diesem Vorgehen verstoßen die Krankenversicherungsgesellschaften gegen geltendes Recht und damit unter anderem gegen Vorschriften des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG).
Das Oberlandesgericht München hat in einer aktuellen Entscheidung die Versteigerungen von Zahnarztleistungen und Zahnersatz über das Internetportal „2te-ZahnarztMeinung.de“ als berufs- und wettbewerbsrechtlich unzulässig und medizinisch fragwürdig eingestuft (OLG München, AZ 6 U 1623/07).
Spannend ist die Argumentation des Gerichts: „Ein ganz wesentlicher Unterschied“ sei, dass beim Zahnarztbesuch jeweils eine persönliche Untersuchung stattfinde, was bei einem Preisvergleich im Internet nicht der Fall sei. Da die Kostenschätzung der beteiligten Ärzte ohne diese persönliche Untersuchung stattfinde, liege hier ein Verstoß gegen §6 Abs. 2 Nr. 2 UWG vor, da die Kostenschätzung nicht „objektiv“ im Sinne dieser Norm sei.
Überträgt man diesen Fall auf die Situation der Heilmittelerbringer, lässt sich problemlos folgern, dass der von einzelnen Krankenversicherungen angestellte Preisvergleich ohne Einbeziehen der persönlichen Belange der Patienten unzulässig ist und einen abmahnbaren Verstoß gegen das UWG darstellt.
Generell kann eine Praxis einen Unterlassungsanspruch gegen eine PKV erwirken, die ihrem Versicherten mitgeteilt hat, der Preis für das Heilmittel sei zu hoch. Das haben nach Angaben von Rechtsanwalt Dr. Boxberg auch schon einzelne Praxen erfolgreich getan. Das finanzielle Risiko eines solchen Vorgehens beträgt zirka 700 Euro bei Nichterfolg. Bei Erfolg muss die verurteilte Krankenversicherung die Kosten übernehmen und die Unterlassung unterschreiben.

!

Preisvergleiche der PKV ohne Einbeziehen der persönlichen Belange der Patienten sind unzulässig und stellen einen abmahnbaren Verstoß gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb dar.

Service: Ein Beispiel für eine Abmahnung können Sie bei der praxiswissen24-Hotline abfordern.

ÄRZTE

KBV will keine Konkurrenz

(pm) „Delegation ja, Substitution nein“. Mit dieser Kursbestimmung hat sich Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), zum Thema „Entlastung des Hausarztes“ positioniert.

Im Rahmen des Workshops „Arztentlastende Strukturen in der hausärztlichen Versorgung“, den die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer, die KBV und der Verband der medizinischen Fachberufe gemeinsam durchführten, erklärte Müller weiter: „Wenn Ärzte ihren hoch qualifizierten Praxismitarbeitern Tätigkeiten übertragen, bietet das viele Vorteile. Das Behandlungsgeschehen wird von einer Person - in der Regel dem Hausarzt - koordiniert und dokumentiert. Die medizinischen Fachangestellten (früher: Arzthelferin) wiederum entlasten den Arzt, indem sie die Patienten unterstützend betreuen, sofern erforderlich auch bei diesen zu Hause. Den Patienten gibt das Sicherheit, weil sie Arzt und Praxispersonal meist schon seit Jahren kennen.“ Die Verantwortung für die medizinische Leistung liege weiterhin dort, wo sie auch hingehöre, nämlich beim Hausarzt.

Nach Ansicht der Ärzte gehört die Verantwortung für die medizinischen Leistung zum Hauarzt.

Den Weg der Substitution, also die Übertragung von Leistungen beispielsweise an Gemeindeschwestern oder Pflegefachkräfte zur selbstständigen Übernahme wie zum Beispiel beim Pilotprojekt „AGNES“ schon heute in der Erprobung, sah der KBV-Vorstand dagegen kritisch.

Übertragung von Leistungen beispielsweise an Gemeindeschwestern sieht die KBV kritisch.

„Die Qualitätssicherung ist dabei eines der großen Probleme“, so Müller. Hier müssten eigene Regelwerke geschaffen werden. Überhaupt gäbe es deutlich mehr Bürokratie und Dokumentationsverpflichtungen. „Allein schon die Abstimmungsprozesse fallen deutlich aufwendiger aus. Dagegen ist die Arzthelferin das natürliche Bindeglied zwischen Arzt, Patient und Familie. Ihr vertrauen alle gleichermaßen.“

ÄRZTE

Gegen die Substitution ärztlicher Leistungen

(pm/bu) Die Ärztekammer Hessen reagiert auf die mit der Pflegereform verbundenen Regelungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe. In einer Pressemitteilung wird die Unsicherheit der Ärzte hinsichtlich der zukünftigen Veränderungen deutlich.

Ärzte reagieren zunehmend verunsichert auf die Diskussion um die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe.

„Kein Mensch käme bei Pilotenmangel auf die Idee, die Stewardessen fliegen zu lassen. Aber genau so handelt die Politik im Gesundheitssystem“. Mit heftiger Kritik reagierten die Delegierten der Landesärztekammer Hessen auf eine Neuerung der Pflegereform, die die Substitution ärztlicher Leistungen ermöglichen soll.

Die Ärztevertreter wandten sich ausdrücklich gegen den Versuch der Politik, dem Ärztemangel nicht mit verbesserten beruflichen Rahmenbedingungen, sondern mit einer Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufe zu begegnen.

Auch wenn eine zusätzliche Qualifizierung von Pflegeberufen begrüßenswert sei, dürften ärztliche Leistungen nach der Approbationsordnung auch künftig nur von Ärzten vorgenommen werden. „Noch haben die Patienten Anspruch auf Behandlung nach Facharztstandard“, unterstrich die Delegiertenversammlung. »Und dies muss auch so bleiben, wenn die Qualität der Patientenversorgung erhalten werden soll.«

GESUNDHEITSPOLITIK

Pflegereform startet zum 1. Juli 2008

(vn) Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz soll zum 1. Juli in Kraft treten. Damit verbunden ist eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Punkte auf 1,95 Prozent für Versicherte mit Kindern und auf 2,2 Prozent für kinderlose Versicherte. Damit werden jährliche Mehreinnahmen von 2,5 Milliarden Euro erwartet.

Mit der Reform sollen die Leistungen für Demenzkranke, psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen verbessert werden. Sie erhalten künftig statt 460 bis zu 2.400 Euro jährlich, auch wenn sie körperlich noch fit sind.
Erstmals seit Einführung der Versicherung im Jahr 1995 werden die Pflegesätze schrittweise erhöht. Im ambulanten Bereich steigen demnach die Leistungen in Pflegestufe eins bis zum Jahr 2012 von monatlich 384 auf 450 Euro, in Pflegestufe zwei von monatlich 921 auf 1.100 Euro und in Pflegestufe drei von 1.432 auf 1.550 Euro. Bei den stationären Pflegesätzen soll die Stufe drei von 1.432 auf 1.550 Euro und von 1.688 auf 1.918 Euro für Härtefälle angehoben werden.

Beitragssatz in der Pflegeversicherung steigt um 0,25 Punkte.
Kinderlose Versicherte zahlen „Aufpreis“.

Für die Dauer von bis zu sechs Monaten wird für die Pflege von Angehörigen ein Anspruch auf unbezahlte sozialversicherte Freistellung von der Arbeit eingeführt. Bei dem in der Koalition lange strittigen Punkt der Einführung von Pflegestützpunkten sieht der geänderte Gesetzentwurf vor, dass diese auf Initiative der Länder eingerichtet werden können. In den Stützpunkten sollen Bürger Informationen über Pflegeleistungen, -einrichtungen und anderes mehr erhalten. Pro Stützpunkt ist eine Anschubfinanzierung von bis zu 45.000 Euro vorgesehen. Werden Mitglieder von Selbsthilfegruppen und Ehrenamtliche einbezogen, kann sich die Förderung um bis zu 5.000 Euro erhöhen. Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel laut dem geänderten Entwurf aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung „bis zu einer Gesamthöhe von 60 Millionen Euro“. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll Empfehlungen zu Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater geben. Dabei wird auf internationale Erfahrungen verwiesen, wonach etwa 100 zu betreuende pflegebedürftige Menschen je Pflegeberater angemessen sind.

Angehörige sollen künftig einen Anspruch auf unbezahlte sozialversicherte Freistellung von der Arbeit haben.

Pflegestützpunkte und Pflegeberater werden zukünftig auch über die Zuweisung von Patienten zu Leistungserbringern mit entscheiden.

Nach dem Willen der Koalition soll die Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtungen verschärft werden. Demzufolge überprüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bis Ende 2010 jede Einrichtung mindestens einmal und ab 2011 jährlich in der Regel unangemeldet. Dabei sollen der Pflegezustand und die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person stärker berücksichtigt werden. Zudem ist geplant, die Ergebnisse zu veröffentlichen. An „gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung“ sollen ferner eine Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie eine leicht verständliche Bewertung in Form einer Ampel oder mit Sternen erfolgen.

GESUNDHEITSPOLITIK

Erste Ergebnisse der IV-Verträge für Rückenschmerzpatienten

(pm/bu) Auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt präsentierte Dr. Thomas Nolte, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS), aktuelle Behandlungsergebnisse.

Die integrierte Versorgung (IV) von Rückenschmerzpatienten, die von der DGS zusammen mit der Techniker Krankenkasse, der Gmünder Ersatzkasse sowie mehreren Betriebskrankenkassen an bundesweit 23 Zentren (siehe unten) etabliert wurde, setzt auf Prävention der Chronifizierung. Die Krankenkasse spricht gezielt Versicherte an, die sich bereits seit längerer Zeit wegen ihrer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung befinden, mindestens vier Wochen arbeitsunfähig und nicht schmerzfrei sind. Diese Patienten besitzen ein hohes Risiko für eine Chronifizierung.

Bei einem Screening untersuchen die Experten, ob das Konzept für die Patienten geeignet ist. Bei dem vier-, maximal achtwöchigen kompakten Intensivprogramm arbeiten Haus- und Fachärzte, Schmerz-, Psycho- und Physiotherapeuten Hand in Hand, und auch ambulante und stationäre Zentren sind eingebunden.
Entscheidend ist, dass die Patienten die verschiedenen Experten nicht nacheinander konsultieren, sondern diese zusammenarbeiten. Sie setzen jeweils jene Maßnahmen, Medikamente und Strategien ein, die sie für einen individuellen Patienten für erforderlich und notwendig halten.

!

Nach vier Wochen waren fast 60 Prozent und nach acht Wochen 93 Prozent der Patienten arbeitsfähig.

Bislang wurden 880 Patienten untersucht und 658 in die neue Versorgungsform aufgenommen, die eine intensive Behandlung mit zehn Stunden Schmerztherapie, 20 Stunden Physiotherapie und zehn Stunden Psychotherapie pro Monat umfasste. Dabei wurden Verfahren wie Biofeedback, Entspannungstechniken oder auch Akupunktur angewendet. Nach vier Wochen waren 59 Prozent und nach acht Wochen 93 Prozent der Patienten arbeitsfähig. Damit sparte die Versicherung im Vergleich zu einer konventionellen Behandlung über 5.000 Euro pro Patient.

Zentren gibt es in folgenden Städten: Bad Klosterlausnitz, Berlin, Bremen, Chemnitz, Freiburg, Fürth, Göppingen, Halle, Hamburg, Hannover, Kiel, Köln, Krefeld, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, Marburg, München, Remscheid, Wiesbaden und Wuppertal.

KRANKENKASSEN

„Gesundheitsurlaub“ auf GKV-Kosten

(dgd) Ergebnis einer Umfrage vom November 2007: Mehr als 90 Prozent der Kassen finanzieren sogenannte Vorsorgeprogramme im Urlaub. Etwa die Hälfte aller Krankenkassen hat konkrete Reiseangebote im Programm. Professionelle Kooperationen mit Reisbüros sind gang und gäbe.

Zuschüsse bis zu 180 Euro sind pro Person und Kurs(woche) möglich. Nach Auffassung der AOK Rheinland-Pfalz gehört der in einem Atemzug mit Primärprävention genannte Begriff „Reiseangebot“ nicht zum gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen. Auf keinen Fall dürfe der Eindruck entstehen, sie finanzierten Reisen. Doch genau dies passiert unter anderem bei Kassen wie der AOK Hessen, berichtete der Hessische Rundfunk erst Ende vergangenen Monats. Auch Politiker wie der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Rolf Schwanitz, versuchen die zweifelhafte Praxis zu erklären, die Primärprävention als Marketinginstrument missbraucht.

Eigentlich sollte das zwischen Union und SPD vereinbarte Präventionsgesetz diesem Treiben ein Ende setzen, das mangels Einigung der Koalitionäre jedoch im Papierkorb landete. Und so kann eine große Ersatzkasse wie ein Reiseveranstalter werben: „Ihre GEK-Gesundheitswoche buchen Sie ohne Antrag und ärztliche Verordnung so einfach wie eine Urlaubsreise.“

Der Präsident des Verbands der Krankenversicherten, Heinz Windisch, schimpft: »Das ist eine Unverschämtheit den anderen Versicherten gegenüber. Aus meiner Sicht ist es ein ganz normaler Urlaub mit Fitnessprogramm, das jeder aus eigener Tasche finanzieren sollte.« Auch der Chef der KV Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen, prangert die „Billigreise-Praxis der Krankenkassen“ an, bei der diese Zuschüsse zu Angeboten ohne die durch einen Arzt festgestellte Notwendigkeit gewähren.

Derweil zitiert der Hessische Rundfunk Aussagen anderer Ärzte, wonach „die relativ preiswerten ambulanten Badekuren kaum noch oder nur mit sehr viel Mühe genehmigt werden“ und auch Mutter/Vater-Kind-Kuren „durchzukriegen“ sei immer noch ein „großer Akt, obwohl diese gerade bei den vielen alleinstehenden Müttern und Vätern sinnvoll wären“.

Die zunächst der Gesundheitsreform 1997 zum Opfer gefallenen „Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen“ sind seit 2000 wieder GKV-Aufgabe. Seit der Wiedereinführung in §20 des fünften Sozialgesetzbuches kommen die Kassen mit immer neuen Angeboten auf den Markt.

Auch der im GKV-System für das Thema „Prävention“ zuständige IKK-Bundesverband legt Wert auf die klare Feststellung, dass in erster Linie die Prävention zu stärken und deshalb vor allem darauf zu achten ist, dass die Qualität der Angebote stimmt. Tatsächlich soll Gesundheitsprävention nur in Ausnahmefällen mit Urlaub kombiniert werden dürfen. Der „Leitfaden Prävention“, auf den sich alle Krankenkassen verständigt haben, ist eindeutig: Kompakte Seminare sollen nur „für besondere Zielgruppen, die nicht an regelmäßigen Kursangeboten teilnehmen können“, angeboten werden.

Primärprävention wird von den Krankenkassen als Marketinginstrument missbraucht.

KV-Nordrhein prangert Billigreis-Praxis der Krankenkassen an.

MARKETING

Argumente für Gesundheitsförderung in kleinen Firmen

(pm/bu) Kleinere Unternehmen haben kaum Interesse daran, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren, berichtet die Techniker Krankenkasse (TK) über eine gerade veröffentlichte Studie. Diese enthält gute Daten und Argumente für Heilmittelerbringer, die betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinstunternehmen vor Ort anbieten wollen.

„Die Führungskräfte scheuen oft Kosten- und Zeitaufwand, weil Erfolge des Gesundheitsmanagements wie sinkende Krankenstände und motivierte Beschäftigte oft erst zeitverzögert sichtbar werden. Auffällig ist, dass die Chefs dem Thema umso aufgeschlossener gegenüberstehen, je gesünder ihr eigener Lebensstil ist. In Unternehmen mit rauchenden Geschäftsführern werden 25 Prozent weniger gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt“, kommentiert Prof. Dr. Jörn-Axel Meyer die Studienergebnisse. Meyer befragte mit seinem Team Führungskräfte und Mitarbeiter in über 400 Unternehmen.

Die Beschäftigten befürchten vor allem, für ihren persönlichen Lebensstil, ungesunde Ernährung oder das Rauchen kritisiert zu werden und verstehen Angebote zur Gesundheitsförderung oft als Eingriff in ihre Privatsphäre. Einzelne Event-Maßnahmen wie Gesundheitstage, Massagen, Rückenschulungen und sogar Cholesterinmessungen kommen bei der Belegschaft dagegen sehr gut an. Maßnahmen, die den psychischen Belastungen entgegenwirken, finden faktisch gar nicht statt.

31 Prozent der befragten Kleinstbetriebe konnten keinerlei Argumente für ein Gesundheitsmanagement in ihrer Firma nennen. „Hier müssen wir ansetzen und Führungskräfte und Beschäftigte überzeugen, dass sich gesundheitsfördernde Maßnahmen positiv auf Krankenstand und Motivation auswirken, die Produktivität erhöhen, das Image verbessern und somit wichtig für den Unternehmenserfolg sind“, meint Gerhard Mahltig, zuständig für betriebliches Gesundheitsmanagement bei der TK.

!

Angebote zur Gesundheitsförderung in Betrieben werden oft als Eingriff in ihre Privatsphäre empfunden.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Studie direkt bei der Hotline abfordern oder auf der Internetseite der TK (www.tk-online.de) im Bereich „Firmenkunden“ finden.

GESUNDHEITSPOLITIK

Neue Vorsorgeuntersuchung U 7a soll zum 1. Juli kommen

(pm/bu) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Beschlussvorlage zur Änderung der sogenannten Kinderrichtlinie auf den Weg gebracht. Diese sieht vor, die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung U 7a bundesweit zum 1. Juli einzuführen. Im Mai soll der GB-A die Richtlinie endgültig beschließen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte bereits Anfang des Jahres auf eine Aufnahme der Vorsorgeuntersuchung in die Richtlinie gedrängt, um einen generell besseren Gesundheitsschutz für Kinder zu gewährleisten. Die U 7a schließt die

bislang vorhandene Lücke in der Gesundheitsbetreuung von Kindern zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr. Bislang erstatteten die Kassen die Untersuchung nur im Rahmen von Einzelverträgen. In den Einzelverträgen versuchten die Kassen oft, die Leistungserbringung an die Versicherten zu rationieren: Nur wer beispielsweise bereit war, auf die freie Arztwahl zu verzichten, durfte kostenlos von der U 7a profitieren. Diese „Hausarztmodelle" waren dann oft mit Auflagen an die Ärzte verknüpft, zum Beispiel die Kosten von Heilmitteln deutlich zu reduzieren.
Träte die Richtlinie nach der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums im Juli in Kraft, wäre das daher in der Tat nicht nur ein Erfolg für die Kinder, sondern auch für Heilmittelerbringer und Ärzte.

Mit Einführung der neuen Regelung sollen nach dem Wunsch der Ärzte gleichzeitig auch die Durchschriftformulare für alle Früherkennungsuntersuchungen abgeschafft werden. Durch diesen Bürokratieabbau sollen bei den etwa 3,5 Millionen Kindervorsorgeuntersuchungen jährlich rund 10.000 Arbeitsstunden eingespart werden.
Die Früherkennungsuntersuchungen sind für alle gesetzlich Versicherten kostenfrei. Die erste (U 1) findet direkt nach der Geburt statt, die weiteren folgen in festgelegten Abständen derzeit bis zum sechsten Lebensjahr (U 9).

!

Zukünftig können alle Kinder von der U 7a profitieren.

GESUNDHEITSPOLITIK

Abweichungen von Reha-Verordnung nur noch mit schriftlicher Begründung

(pm/bu) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Rehabilitations-Richtlinie, die seit dem 1. April 2004 in Kraft ist, dahingehend geändert, dass Krankenkassen ihre Leistungsentscheidungen zukünftig immer schriftlich begründen müssen. §12 der Rehabilitations-Richtlinie legt fest, dass die Krankenkasse dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt ihre Leistungsentscheidung bezüglich der verordneten Leistung zur medizinischen Rehabilitation mitteilt und gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung begründet.

Die Patientenvertreter im G-BA hatten beantragt, in den Richtlinien verbindlich vorzugeben, dass diese Mitteilung der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schriftlich erfolgen muss. Die Regelung soll die Rechte der Versicherten stärken und mehr Transparenz schaffen.

Die vom G-BA befragten Verbände begrüßten die Verpflichtung der Kassen zur schriftlichen Mitteilung an Patienten und den verordnenden Arzt. So stelle das Schriftformerfordernis sicher, dass jede Entscheidung mit einer Begründung ergehe (vergleiche §35 SGB X) und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung im Sinne des §36 SGB X versehen sei.

!

Schriftlichkeit der Ablehnung stellt sicher, dass eine Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt.

PRAXISMANAGEMENT

Digitale Röntgenbilder am Praxis-PC ansehen

(bu) Immer mehr Röntgenbilder werden nur noch digital als Datendatei gespeichert und an behandelnde Ärzte und Patienten weitergegeben. Mit dem richtigen und kostenlosen Programm auf dem Praxis-PC können sie auch Therapeuten einsehen.

Bild © Thomas Franzky - fotolia.com

Die Übermittlung digitaler Röntgenbilder an den weiterbehandelnden Arzt läuft inzwischen in vielen radiologischen Instituten über eine sogenannte DICOM-CD, die dem Patienten ausgehändigt wird. Hinter dem Kürzel DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) verbirgt sich ein weltweiter offener Standard zum Austausch digitaler Bilder in der Medizin. Dieser Standard gilt für verschiedene bildgebende Verfahren, wie zum Beispiel digitales Röntgen, Magnetresonanztomografie, Computertomografie oder Sonografie und beschreibt neben den reinen Bilddaten auch Datenfelder für Befunde und Patientendaten.
Damit auf dem Praxis-Computer beispielsweise Röntgenbilder von Patienten eingesehen werden können, muss auf ihm ein sogenannter DICOM-Viewer installiert sein. Diese Programme sind in der Lage, DICOM-Dateien zu lesen und anzuzeigen. Sie können im Internet kostenlos heruntergeladen und auf dem eigenen Computer installiert werden. Inhaltlich unterscheiden sie sich vor allem im Funktionsumfang.

Als Beispiel soll hier das Programm „Osiris“ erwähnt werden, weil es sowohl für Windows- als auch für Apple-Computer vorliegt. „Osiris“ kann Bildkontraste verändern und beinhaltet Instrumente für Winkel- und Abstandsmessungen, eine Vergrößerungslupe und vieles andere mehr.

Nachfolgend finden Sie einige Links für kostenlose DICOM-Viewer. In Klammern ist das jeweils notwendige Betriebssystem genannt.

- DicomWorks: http://dicom.online.fr/ (Windows)
- Syndrea View Personal: download.synedra.com (Windows)
- Osiris: www.sim.hcuge.ch/osiris/01_Osiris_Presentation_EN.htm (Windows, Apple)
- Osirix: www.osirix-viewer.com/Downloads.html (Apple)
- Aesculap Dicom Viewer: www.nongnu.org/aeskulap/download.html (Windows, Linux)

MARKETING

Teuer wirkt besser

(bu) Die Angst vieler Therapeuten vor realistischen, aber vermeintlich zu hohen Preisen für ihre Leistungen scheint unbegründet. Wenn man den Autoren einer Studie aus Boston, Massachusetts (USA) glauben darf, hängt die Wirkung von Medikamenten oder Therapie auch von der Höhe des Preises ab.

Bei einem Experiment bekamen Versuchspersonen ein Plazebo-Schmerzmittel, also Pillen ohne medizinisch wirksame Substanz. Aufgabe der Versuchspersonen war es, die Wirkung des vermeintlichen Schmerzmittels zu beurteilen. Auf einer Skala wurden leichte Stromschläge am Handgelenk bewertet, und zwar einmal ohne Schmerztablette und einmal nach Tabletteneinnahme. Allerdings wurde der einen Hälfte der Versuchsteilnehmer mitgeteilt, das Schmerzmittel würde 2,50 Dollar kosten, der anderen Hälfte wurde ein Preis von nur 10 Cent genannt.

Der Informationsdienst Forum Gesundheitspolitik berichtet, dass 85 Prozent der Teilnehmer, die eine vermeintlich teure Schmerztablette bekommen hatten, angaben, eine deutliche Senkung der Schmerzen gespürt zu haben, dies aber nur 61 Prozent derjenigen mit dem billigen Plazebo meinten. Auch bei der Betrachtung der unterschiedlichen Schmerzintensitäten fiel die Bewertung der schmerzlindernden Wirkung der teuren Plazebos deutlich besser aus.

Tatsächlich bestätigt das Ergebnis der Studie die Beobachtung vieler Heilmittel-Therapeuten, dass „kostenlose“ Therapie bei Patienten oft weniger Wirkung zeigt als vom Patienten selbst zu zahlende Therapie. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Preisgestaltung von Heilmitteln auch wichtig für den Erfolg einer Therapie sein könnte.

Veröffentlicht wurde der Bericht in der englischsprachigen Fachzeitschrift JAMA: Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy (JAMA 2008; Volume 299, Number 9).

!

Kostenlose Therapie zeigt oft weniger Wirkung.

!

Die Preisgestaltung von Heilmitteln könnte wichtig für den Erfolg der Therapie sein.

RECHT

Steuerabzug für Private Krankenversicherung zu niedrig!

(vn/bu) Privat krankenversicherte Therapeuten können damit rechnen, dass sie künftig einen höheren Teil ihrer Versicherungskosten steuerlich absetzen können.

Das Bundesverfassungsgericht hat per Beschluss festgelegt, dass Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung von 2010 an höher von der Steuer absetzbar sein müssen. Damit folgte der Zweite Senat dem Bundesfinanzhof, der das Verfahren dem Karlsruher Gericht zur Überprüfung vorgelegt hatte. Der Gesetzgeber ist nun verpflichtet, bis spätestens Ende 2009 eine Neuregelung zu treffen.

Nach den Worten des Gerichts gehören zum für ein menschenwürdiges Dasein notwendigen Existenzminimum nicht nur Nahrung, Kleidung und Wohnung, sondern >

auch eine ausreichende Kranken- und Pflegeversicherung. Mithin seien die Beiträge, die Bürger für eine Mindestabsicherung gegen Krankheits- und Pflegerisiken zahlen müssen, von der Besteuerung freizustellen. Verschiedene Steuerberater empfehlen, dass es sich für noch nicht rechtskräftige Steuerbescheide unter Umständen lohnen könnte, aufgrund dieses Urteils Widerspruch einzulegen.

FINANZEN

Serie Gehalt optimieren (1): Steuer- und abgabenfreie Zuschläge nutzen

(bu) Angestellte Therapeuten und Praxisinhaber ärgern sich häufig beim Thema Gehalt: Entsetzen beim Angestellten, wie gering sein Nettogehalt ausfällt und Frust beim Arbeitgeber darüber, dass er auf den Bruttolohn noch 20% Arbeitgeberbeitrag hinzurechnen muss. Doch wer als Praxisinhaber innerhalb der rechtlichen Möglichkeiten Zuwendungen auszahlen möchte, die steuer- und sozialabgabenfrei in voller Höhe auf dem Konto der Mitarbeiter ankommen, motiviert seine Beschäftigten und spart sich unnötige Nebenkosten.

In vielen Praxen wird von den angestellten Mitarbeitern erwartet, dass sie auch nach 20 Uhr noch arbeiten und auch am Wochenende für die Patienten bereitstehen. Doch nur wenige Praxisinhaber machen von der Möglichkeit Gebrauch, die Arbeitsbereitschaft der Mitarbeiter zu ungeliebten Zeiten, durch Zuschläge auf den regulären Arbeitslohn zu erhöhen. Dabei sind solche Zuschläge sogar lohnsteuer- und sozialabgabenfrei, d.h. die Zuschläge kommen dem Mitarbeiter in voller Höhe zu Gute und der Arbeitgeber zahlt keine versteckten Aufschläge.

Für Arbeitsleistungen des Arbeitnehmers nach 20 Uhr können Arbeitgeber Zuschläge bis zu 25% auf den Grundlohn zahlen. Bei einem Mitarbeiter mit einem Bruttogehalt von 2.700 Euro und einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ist dieser Zuschlag bis zu einer Höhe von vier Euro pro Stunde steuer- und abgabenfrei.

Auch für Arbeiten an Sonn- und Feiertagen sind Zuschläge bis zu einer Höhe von 50% möglich. Bei der o.g. Beispielrechnung würde es demnach möglich sein, bis zu acht Euro pro Stunde steuer- und abgabenfrei an den Angestellten auszuzahlen.

Betriebswirtschaftliche Voraussetzung für die Gewährung solcher Zuschläge ist aber, dass der Grundlohn nicht schon hoch bemessen wurde. Ein Arbeitgeber muss außerdem steuerrechtlich nachweisen, dass die Nacht- oder Sonntagsarbeit auch tatsächlich stattgefunden hat.

!

Hinweis: Diese Information ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Trotzdem sollten Sie steuerliche Fragen immer nach Rücksprache mit Ihrem Steuerberater entscheiden und umsetzen.

FINANZEN

Serie Kalkulation (1): Personalkosten-Check

(bu) In der Serie „Kalkulation“ stellen wir für Sie immer wieder gestellte Fragen zu Berechnungen in der Heilmittelpraxis zusammen. Ergänzt wird jedes Thema durch eine Excel-Tabelle, mit der Sie die Kalkulation für Ihre Praxis selbst durchführen können.

Die Rentabilität einer Heilmittelpraxis hängt ganz entscheidend davon ab, wie hoch die Personalkosten im Vergleich zum Umsatz sind. Mit diesem einfach durchzuführenden Personalkosten-Check behalten Sie den Durchblick bei den eigenen Personalkosten.

Die Gegenüberstellung von Umsätzen und Personalkosten gehört zu den Hauptaufgaben jedes Praxisunternehmers. Schließlich erzielt eine Heilmittelmittelpraxis immer nur dann Umsätze, wenn auch ein Mitarbeiter dafür bezahlt wird, die für den Umsatz nötige Dienstleistung zu erbringen. Ohne Mitarbeiter kein Umsatz lautet die simple Zusammenfassung, wenn nicht der Inhaber selbst behandelt. Dann werden nämlich Umsätze erzielt, für die keine (in der Buchhaltung erfassten) Personalkosten anfallen.

Damit ist klar, warum die Auswertungen der Buchhaltungen teilweise ein verfälschtes Bild der finanziellen Praxissituation zeichnen. Hinzu kommt, dass in den Personalkosten meistens die Ausgaben für Rezeptions- und Reinigungskräfte enthalten sind und somit ein direkter Umsatz-Personalkosten-Vergleich weniger aussagekräftig wird. Deswegen sollten Heilmittelpraxen mindestens einmal im Jahr eine Kalkulation für jeden einzelnen therapeutischen Mitarbeiter durchführen. Damit kann die Effizienz jedes Einzelnen ermittelt werden und alle sind im Hinblick auf ihren Anteil am Praxisergebnis miteinander vergleichbar. Betriebswirte bezeichnen eine solche Kalkulation auch als „Deckungsbeitragsrechnung“.

Zunächst werden die Kosten je Mitarbeiter ermittelt. Dazu gehören das Bruttogehalt, die Arbeitgeberanteile, sonstige Sonderleistungen, wie zum Beispiel Fahrtkostenzuschüsse oder Zuschüsse zur Altersversorgung, Fortbildungszuschüsse, Leistungsprämien, eventuell Urlaubs- oder Weihnachtsgeld und natürlich auch die Kosten für die Gehaltsabrechnung. Diese Zahlen können Sie dem Lohnjournal des Steuerberaters entnehmen. Im nächsten Schritt werden die Kapazitäten des jeweiligen Mitarbeiters berechnet. Hierzu zählen die Wochenarbeitszeit, Urlaubs- und Fortbildungstage und eventuelle Krankheitsausfälle.

Zum Schluss ergänzen Sie die Umsätze und die Auslastung des Mitarbeiters und schon haben Sie die gewünschten Ergebnisse in Form von Kennzahlen: Der Mitarbeiter-Deckungsbeitrag zeigt, wie viel Überschuss der jeweilige Therapeut für die Praxis erwirtschaftet. Als Richtschnur für die Bewertung dieser Kennzahl gilt, dass alle angestellten Mitarbeiter zusammen mindestens alle Kosten der Praxis erwirtschaften sollten.

Der berechnete Ertrag je verfügbarer Arbeitsstunde verdeutlicht, wie viel Umsatz der Therapeut je Arbeitsstunde erzielt hat und erlaubt einen direkten Vergleich zwischen den Mitarbeitern. Dieser Wert hängt auch von >

Personalkosten-Check		Vers_3	
	Eingabefelder sind rot!	Name 1	(Beispiel)
Nr.	Mitarbeiter	Plan	Ist
A	**Kosten**		
A1	Brutto	2.200	2.150
A2	Lohnnebenkosten in %	21%	26%
A3	Lohnnebenkosten AG	462	550
A4	Gehaltskosten Summe/Monat	2.662	2.700
A5	Anzahl Monatsgehälter	12	
A6	Sonstige sozialversicherungsplichtige Gehaltsbestandteile/Jahr	500	
A7	Gehaltskosten Summe/Jahr	32.549	31.234
A8	Fobigeld/Jahr	500	400
A9	Sonstige Kosten/Jahr	120	60
A10	Steuerberaterkosten/Jahr	175	135
A11	Summe MA Kosten/Jahr	33.344	31.829
B	**Kapazitäten**		
B1	Wochenarbeitsstunden lt. Vertrag	40	38,5
B2	Nicht produktive Std./Woche	3	1,5
B3	Abrechenbare Std./Woche	37	37
B4	Urlaubstage/Jahr	27	30
B5	Krankentage/Jahr	5	7
B6	Sonst. Ausfalltage/Jahr (Fobi)	5	8
B7	Produktive Wochen/Jahr	42,6	41
B8	Produktive Stunden/Jahr	1576,2	1517
C	**Umsätze**		
C1	Umsatz je Stunde	50,00	53,09
C2	Auslastung in %	95%	97%
C3	Summe Umsätze	74.870	78.123
D	**Ergebnisse**		
D1	Summe Ertrag	74.870	78.123
D2	Ertrag je Stunde	48	51
D3	Deckunsbeitrag	41.526	46.294
D4	Personalaufwandsquote (Umsatz)	44,5%	40,7%

der Qualifikation des Mitarbeiters und dem Patientenklientel der Praxis ab. Die Personalaufwandsquote setzt die Kosten des Mitarbeiters ins Verhältnis zu dem von ihm erzielten Umsatz. Damit können Sie Ihre Mitarbeiter wieder direkt vergleichen. Dieser Wert liegt bei 70 Prozent aller Heilmittelpraxen zwischen 40 und 60 Prozent. Je kleiner die Personalaufwandsquote ist, desto besser.
Sinnvollerweise wird ein solcher Personalkosten-Check ein- bis zweimal im Jahr durchgeführt. Ein guter Zeitpunkt für die Aktualisierung Ihrer Kalkulation ist vor Gehaltsverhandlungen. Dann sind Sie darauf vorbereitet und können mit einer Planrechnung auch schon viel besser festlegen, in welchem Rahmen Sie überhaupt Spielraum für Verhandlungen haben.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Datei „Personalkosten_Check.xls“ kostenlos bei der Hotline erhalten

FINANZEN

Serie Kalkulation (2): Skonto oder Bankkredit?

(bu) Die meisten Lieferanten einer Praxis bieten ihren Kunden an, den Rechnungsbetrag zu kürzen, wenn dafür schneller bezahlt wird. Dieser sogenannte Skontoabzug lohnt sich fast immer, selbst dann, wenn man dazu sein Bankkonto überziehen muss. Mit einer speziellen Excel-Tabelle können Sie ausrechnen, ob das auch in Ihrem Fall stimmt.

Skonto oder Bankkredit		Vers_2
	Eingabefelder sind rot!	
Nr.		
A	**Stammdaten**	
A1	Rechnungsbetrag	300 €
A2	Skontoabzug in Prozent	2,0 %
A3	Differenz-Tage zum Zahlungsziel	12
A4	Zinssatz Kontokorrent	12%
B	**Ergebnisse**	
B1	Skontobetrag	6,00 €
B2	Effektivzinssatz Skonto	60,0%
B3	Zinskosten bei Kontokorrent	1,18 €
B4	Ersparnis durch Skonto	4,82 €

Viele Praxisinhaber glauben, dass sich für sie der Skontoabzug nur lohnt, wenn sie über entsprechendes Guthaben auf der Bank verfügen. Überzieht man sein Bankkonto, werden dafür Überziehungszinsen fällig, die schnell auch im zweistelligen Bereich liegen können.
Das Angebot von Lieferanten, Skonto abzuziehen, lohnt sich trotzdem: Nehmen wir zum Beispiel an, Sie erhalten eine Rechnung über 1.000 Euro, die Sie innerhalb von 30 Tagen bezahlen sollen. Ihr Lieferant bietet Ihnen 3% Skonto an bei einer Zahlung innerhalb von 7 Tagen. Das heißt, wenn Sie innerhalb von 7 Tagen das Geld überweisen, sind nur 970 Euro fällig (1.000 Euro abzüglich 3%). Nehmen wir weiterhin an, Ihre Bank verlangt 12% Überziehungszinsen und Sie müssen den vollen Betrag finanzieren. Dann bezahlen Sie bei Ihrer Bank Zinsen für 970 Euro, die Sie sich 23 Tage leihen müssen (30 Tage - 7 Tage). Anfallende Zinsen sind immer Jahreszinsen und müssen auf Zinstage verteilt werden. Banken rechnen mit 360 Zinstagen im Jahr. Das entspricht in unserem Beispiel einer Zinsbelastung von 7,44 Euro.

C	Übersichtstabelle: Das bringt Skonto an Verzinsung									
C1		Differenz-Tage zum Zahlungsziel								
C2	Skontoabzug in Prozent	5	10	15	20	25	30	40	50	60
C3	**1,5%**	108%	54%	36%	27%	22%	18%	14%	11%	9%
C4	**2,0%**	144%	72%	48%	36%	29%	24%	18%	14%	12%
C5	**2,5%**	180%	90%	60%	45%	36%	30%	23%	18%	15%
C6	**3,0%**	216%	108%	72%	54%	43%	36%	27%	22%	18%
C7	**3,5%**	252%	126%	84%	63%	50%	42%	32%	25%	21%
C8	**4,0%**	288%	144%	96%	72%	58%	48%	36%	29%	24%
C9	**4,5%**	324%	162%	108%	81%	65%	54%	41%	32%	27%
C10	**5,0%**	360%	180%	120%	90%	72%	60%	45%	36%	30%

Sie haben 30 Euro beim Rechnungsbetrag einbehalten und zahlen 7,44 Euro Zinsen für Überziehung an die Bank. Im Ergebnis haben Sie trotz Überziehung 22,56 Euro gespart! Rechnet man das für alle Lieferantenrechnungen in einem Jahr zusammen, so würden Sie

bei 15.000 Euro Einkaufsvolumen 338,45 Euro im Jahr einsparen – wohlgemerkt voll von der Bank finanziert!
In der speziellen Excel-Datei werden automatisch der Skontobetrag, der Effektivzinsatz des Skontobetrags, die Zinskosten für den Kontokorrent und die Ersparnis durch Skonto in Euro berechnet.

Service: Die Datei Skonto_oder_Bankkredit.xls erhalten praxiswissen24-Kunden kostenlos bei der Hotline.

MITARBEITER

Mitarbeiter wegen häufiger Krankheit kündigen

(box) Die Frage, ob man einen Mitarbeiter wegen häufiger Krankheit kündigen kann, diskutieren Praxisinhaber immer wieder gern und kontrovers. Neue Informationen zu diesem Thema liefert das Bundesarbeitsgericht in einem aktuellen Urteil. Ein Gutachten über eine negative Gesundheitsprognose mit prognostizierten Fehlzeiten von 30 Arbeitstagen pro Jahr begründet eine krankheitsbedingte Kündigung. Das stellt das Bundesarbeitsgericht (BAG) in seinem Urteil vom 08.11.2007 fest (AZ: 2 AZR 292/06).
Grundsätzlich unterscheidet man zwischen betriebsbedingten Kündigungen, verhaltensbedingten und personenbedingten Kündigungen. Die häufigste personenbezogene Kündigung ist die krankheitsbedingte Kündigung.
Damit eine Kündigung wegen häufiger Erkrankungen wirksam wird, ist eine dreistufige Prüfung erforderlich:
1. Stufe: Es muss eine negative Gesundheitsprognose vorliegen. Diese liegt dann vor, wenn zum Zeitpunkt der Kündigung aufgrund von Tatsachen damit zu rechnen ist, dass der Arbeitnehmer in Zukunft wiederholt arbeitsunfähig sein wird. Hierüber gibt der allgemeine Gesundheitszustand des Arbeitnehmers am zutreffendsten Auskunft. Er ist jedoch nicht zur Auskunft verpflichtet. Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit seines Mitarbeiters, kann er eine Untersuchung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) verlangen. Eine Kündigung wegen einer Erkrankung kann auch bei lang andauernder Krankheit erfolgen, wenn eine weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund konkret vorliegender Umstände zu erwarten ist.
2. Stufe: Die Kündigung muss zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen führen. Dazu zählen Ablaufstörungen des Betriebs (z.B. wegen Termingebundenheit der Leistungserbringung) und auch wirtschaftliche Belastungen wie beispielsweise zu erwartende Entgeltfortzahlungen in einer Zeit von mehr als sechs Wochen pro Jahr. Das Gleiche gilt für den Fall, wenn Lohnfortzahlungen aus einem Topf erfolgen, der für alle Betriebsmitglieder vorgesehen ist. Denn das würde bedeuten, dass andere Mitarbeiter geringere Vergütungszahlungen erhalten.
3. Stufe: Wie bei jeder personenbedingten Kündigung muss eine Interessenabwägung durch den Arbeitgeber erfolgen: Sind die betrieblichen Belastungen vom Arbeitgeber noch hinzunehmen, oder ist das Maß der Zumutbarkeit aus der Sicht des Arbeitgebers überschritten? Ist das der Fall, muss er dies begründen.
Alle drei Stufen sollte der Arbeitgeber bei einer Kündigung im Kündigungsschreiben schriftlich erörtern.
(Quelle: Dr. Boxberg, München)

Impressum • 2008/4
Buchner & Partner GmbH -
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
www.buchner.de

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

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

praxis wissen 24

Bei Anruf: Durchblick!

Eine Praxis erfolgreich zu führen bedeutet, immer wieder Entscheidungen zu treffen. Dazu benötigen Sie die richtigen Informationen aus verlässlichen Quellen.
Statt selbst danach zu suchen, rufen Sie jetzt einfach bei praxiswissen24 an und stellen Ihre Fragen! Kompetente Fachleute beantworten alle betriebswirtschaftlichen Fragen rund um Ihre Praxis – zuverlässig und mit Sicherheit.
Es gibt eine ganze Reihe weiterer Vorteile, wie z.B. den aktuellen Newsletter „Unternehmen Praxis“ speziell für Praxisinhaber.

Neugierig?

Rufen Sie uns jetzt an und informieren Sie sich über die vielen Vorteile, die praxiswissen24 für Ihre Praxis bietet.
Oder finden Sie Antworten auf www.praxiswissen24.de.

0800 / 9477360
www.praxiswissen24.de

buchner consulting