praxis wissen 24

Unternehmen Praxis

Newsletter 06/2008

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

Inhalt 06/2008

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK
Heilmittelumsätze im ersten Quartal leicht gestiegen 2
Verordnungsmonopol der Ärzte infrage gestellt 4
Kinder- und Jugendärzte bemängeln neue Kindervorsorgeuntersuchung 7
Schulmedizin ist nicht alles 9

RECHT/STEUERN
Freiberufler bleiben gewerbesteuerfrei 8
Hippotherapie ist Heilbehandlung und damit von der Umsatzsteuer befreit 9

MARKETING
Prävention: Jetzt wollen auch die Apotheker daran verdienen 7
Der Therapeut als Gesundheitsmarke 10

KRANKENKASSEN
Sind Einzelverträge zwischen GKV und Praxen noch aufzuhalten? 6

ÄRZTE
Wollen die Ärzte den Heilpraktiker abschaffen? 2
Von den Ärzten geforderte Neuausrichtung des Gesundheitswesens mit Licht und Schatten für Heilmittelerbringer 3
Richtgrößenprüfungen nun auch für Medizinische Versorgungszentren 4
130.000 Patienten sind gegen Heilmittel-Richtgrößenprüfungen 5

PATIENTEN
Patienten finden Qualität wichtiger als Sparen 11
Am häufigsten beschwerten sich Patienten über Orthopäden 11

PRAXISMANAGEMENT
Serie Kalkulation: 12
5. Zeittakte vergleichen
6. Ertrag unterschiedlicher Leistungen vergleichen 13
7. Variable Gehälter berechnen I 14

Happy Birthday, Heilmittelkatalog!

Am 1. Juli jährt sich der Geburtstag des Heilmittelkatalogs zum siebten Mal. Ist das ein Grund zum Feiern oder eher für einen Rückblick im Zorn?
Haben Sie den Heilmittelkatalog inzwischen schätzen gelernt oder sind Sie von zunehmender Bürokratie und Indikationsschlüssel-Formalismus genervt?

Was meinen Sie:

- *Hat sich die Versorgung der Patienten mit Heilmitteln durch den Heilmittelkatalog verbessert oder verschlechtert?*
- *Hat der HMK für zusätzliche Umsätze im Heilmittelbereich gesorgt oder Umsätze verhindert?*
- *Beschützt der Heilmittelkatalog Ärzte vor Regress oder werden sie durch den HMK erst recht in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung getrieben?*
- *Ist der Heilmittelkatalog eine Einschränkung der Verordnungsmöglichkeiten der Ärzte oder ein medizinisches Regelwerk, aus dem man die sinnvolle und angemessene Patientenversorgung ableiten kann?*
- *Und im Rahmen von leitliniengestützter Therapie bleibt die Frage, was schwerer wiegt: die Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften oder der Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses?*
- *Gibt es ein Recht der Patienten auf Verordnungen gem. Heilmittelkatalog, wie indirekt vom Bundessozialgericht festgestellt, oder nicht?*
- *Finden Ihre Berufsverbände den HMK toll oder würden sie ihn gerne abschaffen?*

Wenn Sie Probleme haben, die Fragen kurz und bündig zu beantworten, befinden Sie sich vermutlich in guter Gesellschaft. Wahrscheinlich würde das sogar den Autoren des Heilmittelkatalogs schwer fallen.
Ohne Beantwortung dieser Fragen ist es jedoch unmöglich, eine schlüssige Strategie im Umgang mit dem Heilmittelkatalog festzulegen. Wenn Sie nicht wissen, ob der HMK gut oder schlecht ist, ob er abgeschafft oder ausgebaut werden soll, dann haben Sie auch keinen Einfluss auf diesen ganz elementaren Faktor für Heilmittelverordnungen.
Der 7. Geburtstag des Heilmittelkatalogs ist eine gute Gelegenheit, sich zu entscheiden! Versuchen Sie es doch noch einmal mit der Beantwortung dieser Geburtstagsfragen. Das ist eine gute Grundlage für die weitere Arbeit mit, am oder auch gegen den Heilmittelkatalog.
Nutzen wir den Jahrestag und stoßen mit den verordnenden Ärzten an: Auf dass jeder einzelne Therapeut und Arzt dazu beitrage, die Möglichkeiten zur besseren Patientenversorgung zu nutzen, die der Heilmittelkatalog bietet! Prost!

Ihr

Ralf Buchner

buchner

Thieme

GESUNDHEITSPOLITIK

Heilmittelumsätze im ersten Quartal leicht gestiegen

Nach den vorläufigen Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind im ersten Quartal 2008 die Umsätze für Heilmittel im Vergleich zum Vorjahr um 3,5 Prozent angestiegen. Andere Leistungsbereiche legen deutlich mehr zu — die Krankenkassen verbuchen einen Verlust von rund einer Milliarde Euro.

Auf Basis der vorläufigen Finanzergebnisse der Monate Januar bis März 2008 erzielten die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bei Einnahmen von rund 37,94 Milliarden Euro und Ausgaben von 39,01 Milliarden Euro ein aus der Sicht des BMG jahreszeitlich durchaus übliches Defizit in Höhe von 1,07 Milliarden Euro. Das BMG geht davon aus, dass die GKV nach den Überschüssen in den letzten vier Jahren am Ende dieses Jahres zumindest wieder ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis erzielen kann.

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben (ohne Impfkosten) von 5,2 Prozent berücksichtigt noch nicht die hohen Zuwächse, die nach den neuesten Daten der Apothekenverbände im April zu verzeichnen sind. Den Zuwachs von 3,9 Prozent bei den ärztlichen Honoraren sieht das BMG als Zeichen für eine bereits aktuell deutlich verbesserte Honorarsituation der Ärzte. Bleibt zu hoffen, dass sich durch die Honorarreform im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung die wirtschaftliche Situation in den Arztpraxen ab 2009 weiter deutlich verbessern wird, denn das ist die Voraussetzung dafür, dass Ärzte weiterhin bereit sind Heilmittel zu verordnen.

Gesundheitspolitisch positiv bewertet das BMG die Entwicklung bei den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Nach Jahren mit rückläufiger Entwicklung werden hier durch die Umwandlung dieser Leistungen von Ermessens- zu Regelleistungen wieder deutliche Zuwächse verzeichnet. So sind beispielweise die Mutter-Vater-Kind-Kuren im ersten Quartal 2008 um über 50 Prozent gestiegen. (bu/pm)

!

Das Volumen der Heilmittelausgaben und die Steigerungsrate von 3,5 Prozent sind offensichtlich so gering, dass es das BMG nicht einmal für nötig befindet, in der aktuellen Pressemitteilung auf diesen Bereich hinzuweisen.

ÄRZTE

Wollen die Ärzte den Heilpraktiker abschaffen?

Der Deutsche Ärztetag in Ulm fordert den Gesetzgeber auf, das Heilpraktikergesetz zu reformieren. Auslöser für diese Aktivitäten sind das Heilpraktikerurteil in Rheinland-Pfalz und die damit verbundene eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten.

Der Deutsche Ärztetag in Ulm hat sein Beschlussprotokoll auf 166 Seiten zusammengefasst. Darin findet sich so mancher interessante Beschluss, wie zum Beispiel die Aufforderung an den Gesetzgeber, das Heilpraktikergesetz neu zu regeln. Im Folgenden finden Sie Auszüge aus dem Beschlussprotokoll:

„Die Heilpraktikerprüfung erfordert nach wie vor keine staatliche Ausbildung. Auch eine formalisierte Ausbildung ist nicht zwingend notwendig. Kenntnisse müssen nur insoweit

!

Die Ärzte fordern, das Heilpraktikergesetz neu zu regeln!

nachgewiesen werden, als eine Gefährdung des Patienten möglichst ausgeschlossen werden soll. Die hier fehlenden gesetzlichen Regelungen führen zu Gerichtsentscheidungen, die eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für nicht ärztliche Gesundheitsberufe ermöglichen. Konkret kann hier auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz hingewiesen werden. Hiernach sollen Physiotherapeuten zumindest in Rheinland-Pfalz eine auf die Physiotherapie eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis ohne Prüfung erhalten. Patienten wird auf diese Weise verschleiert, dass eine echte Qualifikation nicht zugrunde liegt. Selbst eine vom Staat vorgegebene formalisierte Ausbildung zu diesem Beruf kann kein Ersatz für ein medizinisches Studium sein. Ein Heilpraktiker kann keinesfalls alle Facetten der Diagnostik und Therapie beherrschen."

Konsequenterweise müsste der Beschluss des Ärztetags zu einer Abschaffung des Heilpraktikergesetzes führen. Andere Lösungsvorschläge kommen im Beschlussprotokoll nicht vor. (bu)

!

„Der Gesetzgeber muss sich endlich dazu bekennen, dass das Heilpraktikergesetz vom 17.02.1939 restlos veraltet ist und den Erfordernissen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in keiner Weise mehr entspricht."
(Zitat Ärztetag 2008, Ulm)

ÄRZTE

Von den Ärzten geforderte Neuausrichtung des Gesundheitswesens mit Licht und Schatten für Heilmittelerbringer

Eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens hat der Deutsche Ärztetag mit seinem nach dem Tagungsort benannten „Ulmer Papier" gefordert. Für Heilmittelerbringer und andere Leistungsanbieter im Gesundheitswesen hätte die von den Ärzten gewünschte Ausrichtung Vor- und Nachteile.

„Der Arzt ist kein beliebig austauschbarer Gesundheitsdienstleister", betitelte die Bundesärztekammer eine Meldung, in der sie die Haltung der Ärztetagdelegierten gegen einen „Arzt light" beschreibt. Damit betonte der Ärztetag die bekannten Befürchtungen des Berufsstands vor „Schmalspurversorgern".

Die Diskussion in Ulm zeigte, dass sich Ärzte um ihre Position als zentrale Experten für Gesundheitsfragen Gedanken machen. Andere Leistungserbringer, die etwa auf verstärkte Delegierung ärztlicher Leistungen drängen, werden von vielen Ärzten mehr als Konkurrenten denn als Partner wahrgenommen. Eine Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsberufe wird abgelehnt. Man will sich nur auf eine Delegierung an Gesundheitsfachberufe „unter therapeutischer Gesamtverantwortung des Arztes", das heißt, auf eine Übertragung einiger Aufgaben an die bei ihnen angestellten Medizinischen Fachangestellten einlassen. Die zugleich angestrebte „vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen" soll erreicht werden, indem sich nicht ärztliche Berufe Aufgaben etwa im Case-Management, in der Gesundheitserziehung und -förderung, in der Prävention und Rehabilitation widmen –, also von vielen Heilmittelerbringer längst erschlossene Aufgabenfelder. Ulm zeigte aber auch, dass Ärzte in vielen Fragen mit anderen Gesundheitsberufen an einem Strang ziehen. So haben die Ärzte mit deutlichen Worten eine ehrlichere Debatte über die Rationierung und Budgetierung im deutschen Gesundheitswesen gefordert. „Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt", hieß es. Hiervon sind >

!

Ärzte machen sich um ihre Position als zentrale Experten für Gesundheitsfragen Gedanken!

viele Heilmittelerbringer seit Jahren ebenso betroffen, ohne dass dies ein entsprechendes Medienecho fand. Die von den Ärzten angestoßene Debatte könnte dazu führen, dass auch die Probleme im Heilmittelbereich besser wahrgenommen werden. Außerdem könnte für die Heilmittelerbringer von Vorteil sein, dass Ärzte die integrierte Versorgung inzwischen als sinnvolle Ergänzung zum Kollektivvertragssystem anerkennen. Allerdings sind die Krankenkassen in diesem Punkt schon weiter. Kassenchefs wie Barmer-Vize Birgit Fischer forderten die Ärzte auf, stärker auf eine Versorgungsoptimierung als nur auf das eigene Honorar zu achten. Eine solche Optimierung könnte auch durch verstärkte Einbeziehung anderer Therapeuten gelingen. (di)

!

Krankenkassen fordern Ärzte auf, nicht nur an das eigene Honorar zu denken, sondern die Versorgung zu optimieren.

ÄRZTE

Richtgrößenprüfungen nun auch für Medizinische Versorgungszentren

Ab dem Prüfjahr 2008 werden nun auch in den hessischen MVZ Richtgrößenprüfungen für Arzneimittel und Heilmittel durchgeführt. Darauf haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) und die Spitzen der GKV in Hessen geeinigt.

Die Vorstandsvorsitzenden der KVH, Dr. med. Margita Bert und Dr. med. Gerd W. Zimmermann, begrüßen die aktuelle Einigung. „Es war nicht einzusehen, dass der normale niedergelassene Arzt lästige, zeitaufwändige und regressbedrohende Prüfungen über sich ergehen lassen muss, während der angestellte Kollege in einem Medizinischen Versorgungszentrum damit nichts zu tun hat. Dass eine Anstellung in einem MVZ auch unter diesem Aspekt für viele Kolleginnen und Kollegen attraktiver erschien, liegt auf der Hand. Wenn es diese unseligen Prüfungen nun unbedingt weiter geben muss, so ist es zumindest fair, wenn alle gleichermaßen darunter leiden – Niedergelassene und Medizinische Versorgungszentren.“ Richtgrößenprüfungen für Arznei- und Heilmittel sind Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, mit denen die Wirtschaftlichkeit von Verordnungen überprüft werden sollen. Zur Durchführung dieser Prüfungen sind die Prüfgremien der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen gesetzlich verpflichtet. Die Prüfungen werden auf der Basis einer vereinbarten Formel durchgeführt. (pm)

!

Eine kurze Umfrage bei anderen kassenärztlichen Vereinigungen ergab, dass es dort keine Sonderbehandlung von MVZ im Rahmen der Richtgrößenprüfungen gibt.

GESUNDHEITSPOLITIK

Verordnungsmonopol der Ärzte infrage gestellt

Die Pflegeverbände beziehen immer klarer Position. So kritisiert der Deutsche Pflegerat (DPR) in einer aktuellen Pressemitteilung die Beschlüsse des letzten Ärztetags in Ulm und erklärt, dass das Monopol der Ärzteschaft in der Ausübung der Heilkunst ein Modell der Vergangenheit sei.

„Wer durch eine fundierte Ausbildung befähigt ist, den Pflegebedarf eines Menschen zu ermitteln, der soll dies auch in der Praxis tun dürfen. Wer gelernt hat, spezifische

Gefährdungen wie ein Dekubitus- oder ein Sturzrisiko zu erheben, der sollte die Kompetenz erhalten, unverzüglich die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen zu ergreifen und dafür auch die finanzielle Honorierung erhalten.“ Dies erklärte Marie-Luise Müller, Präsidentin des DPR. Das bisherige medizingesteuerte System behindert das durch das ärztliche Verordnungsmonopol. Der bevorstehende demografische Wandel mit einer wachsenden Zahl hoch betagter, vermehrt multimorbider oder pflegebedürftiger Menschen fordere einen Paradigmenwechsel in Medizin, Pflege und Sozialwesen. Man bräuchte eine integrative Sicht auf die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse der Patienten und die Leistungsangebote der verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen. Der DPR begrüßt ausdrücklich die Stellungnahme der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, die in ihrem Positionspapier zur „Zukunftsorientierten Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“ den nicht ärztlichen Heilberufen eine partnerschaftliche Kooperation in der Gesundheitsversorgung vorschlagen. Offensichtlich hat der DPR beschlossen, dass es sich lohnt, offensiv für kooperative Arbeitsteilung mit den Ärzten zu streiten. Fragt sich, ob und wenn ja, welche Position die Heilmittelerbringer in dieser Diskussion einnehmen werden. (bu/pm)

!

Der bevorstehende demografische Wandel erfordert einen Paradigmenwechsel in der Medizin.

ÄRZTE

130.000 Patienten sind gegen Heilmittel-Richtgrößenprüfungen

130.000 Unterschriften zur Abschaffung der sinnlosen Richtgrößenprüfung für Heilmittel konnte Dr. Peter Eckert, Vorsitzender der Initiative „Heilmittel für Hessen“ in Wiesbaden an Staatssekretär Gerd Krämer übergeben. Seit Januar 2008 wurden in hessischen Arzt- und Heilmittelpraxen Unterschriften gesammelt. Die Reaktion der Patienten übetraf deutlich die Erwartungen der Initiative. Gemäß Eckert zeigt die große Zahl an Unterschriften, wie sehr die Patienten die durch die Prüfungen im vergangenen Jahr bei den Ärzten ausgelösten Ängste verstehen: „Wir sind für die überwältigende Unterstützung sehr dankbar. Unsere Patienten senden mit diesen Unterschriften ein klares Signal an die Politik, dass sie nicht mehr bereit sind, eine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch unsinnige Prüfungen zu akzeptieren. Unsere gemeinsame Forderung an die Politik lautet deshalb: Schafft diese sinnlosen Prüfungen ab und befreit so Ärzte und Patienten von der Angst vor hohen Regressforderungen!“ Die Unterschriften wurden dem Staatssekretär Krämer im Rahmen eines Termins im hessischen Landtag übergeben. „Ich habe großes Verständnis für die Unterschriftenaktion der Initiative ‚Heilmittel für Hessen‘. Selbstverständlich werden wir die Unterschriften an die Bundesgesundheitsministerin weiterleiten“, erklärte Krämer. „Angesichts der aktuellen Erfahrungen und des mit dem heutigen Verfahren verbundenen Verwaltungsaufwands müssen auch unter Kosten-Nutzen-Abwägungen die geltenden gesetzlichen Regelungen als nicht zielführend bewertet werden. Bundesministerin Ulla Schmidt ist aufgefordert, das heutige Verfahren der Richtgrößenprüfungen grundsätzlich zu überarbeiten. Das Verfahren muss transparent und nachvollziehbar gestaltet werden.“ >

!

Forderungskatalog der Initiative „Heilmittel für Hessen“:
Stellvertretend für die hessische Ärzteschaft fordert die Initiative „Heilmittel für Hessen“ die hessische Landesregierung auf,

- eine Bundesratsinitiative zu starten, damit Richtgrößenprüfungen für Heilmittel endlich abgeschafft werden! Von Hessen kann so ein Signal mit bundesweiter Bedeutung ausgehen!
- sich dem deutlich geäußerten Willen von 130.000 Bürgerinnen und Bürgern Hessens nicht zu verschließen und die gesammelten Unterschriften an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt weiterzuleiten!
- angstfreies Verordnen und Behandeln in den hessischen Praxen durch Abschaffung dieser sinnlosen Prüfungen wieder möglich zu machen: Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten erwarten dies von ihrer Regierung!
- hessische Praxen nicht länger der Gefahr existenzbedrohender Regresse auszusetzen!

Wie wir bereits mehrfach berichteten, wurde die Initiative „Heilmittel für Hessen“ im Spätsommer 2007 gegründet, um Richtgrößenprüfungen bei Heilmitteln abzuschaffen. Sie wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie zahlreichen Berufs- und Patientenverbänden unterstützt. (pm/bu)

KRANKENKASSEN

Sind Einzelverträge zwischen GKV und Praxen noch aufzuhalten?

Krankenkassen und Politiker setzen auf Einzelverträge im Gesundheitswesen, um die Marktmacht von Zusammenschlüssen wie etwa der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu brechen und den Wettbewerb zu forcieren. Nicht nur unter Heilmittelerbringern ist umstritten, ob für sie damit unter dem Strich Vor- oder Nachteile überwiegen.

Die Chefs der KVen sollten endlich in der Wirklichkeit ankommen, fordert Dr. Klaus Bittmann. Der Vorsitzende der Ärzteorganisation NAV Virchowbund wirft seinen Kollegen in den Körperschaften vor, die Augen vor der Realität zu verschließen. Grund: Viele KVen lehnen Einzelverträge noch immer rundweg ab. Bittmann, früher selbst jahrelang an der Spitze der KV Schleswig-Holstein, fordert ein Umdenken: Einzelverträge mit Krankenkassen sind nach seiner Ansicht nicht mehr aufzuhalten. Tatsächlich gibt es bundesweit längst einige Tausend Einzelverträge mit einem Honorarvolumen im dreistelligen Millionenbereich. Das ist zwar im Vergleich zum Gesamtkuchen in der ambulanten ärztlichen Behandlung noch immer bescheiden, aber der Anteil steigt, und zwar so stetig, dass selbst Bayerns KV-Chef Dr. Axel Munte im vergangenen Jahr einräumte, Selektivverträge gewännen mehr und mehr an Bedeutung.

Das aber wird nach Argumentation vieler KVen zu Nachteilen für ihre Mitglieder führen. Sie verweisen auf die Zeit vor den Kollektivverträgen, als Ärzte ihre Honorare noch selbst mit den Krankenkassen aushandeln mussten, was zu direkter Abhängigkeit und häufig existenziellen Problemen führte.

Befürworter der Einzelverträge sehen dagegen die Chance, Leistungsangebote individueller zuschneiden und abgestufte qualitative Anforderungen adäquat vergüten zu können. Die KVen halten dagegen: Die Berliner Körperschaft etwa verwies im vergangenen Jahr auf rund 100 verschiedene für ihre Mitglieder abgeschlossene Verträge. Viele Ärzte haben inzwischen auch die Erfahrung gemacht, dass sie allein den Verhandlungspartnern auf Kassenseite nicht gewachsen sind, zu hohen Zeitaufwand für die Verhandlungen betreiben müssen bzw. die Kassen kein Interesse zeigen. Sie gehen deshalb zunehmend dazu über, sich über Organisationen wie etwa Ärztegenossenschaften vertreten zu lassen. Auch für Heilmittelpraxen dürfte das Thema „Einzelverträge“ zu ähnlichen Überlegungen führen wie bei den Vertragsärzten. Wenn man bedenkt, dass viele Praxen schon heute Schwierigkeiten haben, nur die einfache Bezahlung einer der Kasse nicht genehmen Verordnung durchzusetzen, ist sicherlich die Frage zu diskutieren, wie dann über Einzelverträge verhandelt werden soll. Andererseits gibt es fast keinen einzigen Praxisinhaber, der mit den von den Therapieverbänden ausgehandelten Verträgen glücklich ist. Insofern lohnt es sich, die Diskussion bei den Ärzten weiterzuverfolgen und davon zu lernen. (di)

!

Einzelverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sind aus Sicht einiger Ärztefunktionäre nicht mehr aufzuhalten.

!

Einzelverträge könnten dazu führen, das Leistungen individueller zugeschnitten werden.

GESUNDHEITSPOLITIK

Kinder- und Jugendärzte bemängeln neue Kindervorsorgeuntersuchung

Das gesamte Kindervorsorgeprogramm muss umgehend inhaltlich den heutigen Erfordernissen angepasst werden, stellen die Kinder- und Jugendärzte in einer Pressemitteilung anlässlich der jüngst vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen neuen Vorsorgeuntersuchung U7a fest.

„Wir begrüßen es zwar, dass der G-BA unseren seit nunmehr drei Jahren auf dem Tisch liegenden Vorschlag für einen Ausbau und eine inhaltliche Neugestaltung der Kindervorsorge aufgreift", so Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands. „Wir halten aber die inhaltliche Ausgestaltung der nun vom G-BA beschlossenen U7a mit drei Jahren für völlig unzureichend. Diese zusätzliche Vorsorgeuntersuchung ist inhaltlich den bisherigen, den Erfordernissen der Zeit nicht mehr entsprechenden Untersuchungen angepasst worden."

Die Kinder- und Jugendärzte verweisen auf die aus ihrer Sicht wichtigen primärpräventiven Beratungen zur frühkindlichen Entwicklung in der Vorschulzeit, um die Kinder auf ein erfolgreiches Leben mit qualifiziertem Schulabschluss vorzubereiten. „Wir sehen mit großer Sorge die zunehmende Zahl von Kindern mit Entwicklungsdefiziten, vor allem der Sprache, des Sozialverhaltens, aber auch der Motorik, die mit diesen Handicaps zu einem großen Teil bereits in der Schule scheitern", so Hartmann. Er fordert seitens der Kinder- und Jugendärzte den G-BA nachdrücklich auf, nicht allein durch die Einführung einer zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung mit drei Jahren Augenwischerei zu betreiben, um den Wünschen des Bundesministeriums für Gesundheit zu entsprechen, sondern endlich ein komplett überarbeitetes Kindervorsorgeprogramm vorzulegen, so wie es der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte bereits entwickelt habe. Dieses neue Vorsorgekonzept sei allerdings aufwendiger und daher teurer als die jetzt vom G-BA beschlossene „Billigversion". (pm/bu)

!

Primärpräventive Beratungen zur frühkindlichen Entwicklung in der Vorschulzeit wird von den Kinderärzten angemahnt.

MARKETING

Prävention: Jetzt wollen auch die Apotheker daran verdienen

Leistungsanbieter im Gesundheitswesen entdecken zunehmend die Prävention als Geschäftsfeld. Neben Ärzten drängen immer stärker auch Apotheker in dieses Segment, das auch für Ergo- und Physiotherapeuten interessant ist. Ein Apotheker aus Hessen plant gar ein Franchise-Konzept.

„Fitfactory" nennt Apotheker Christian Gerninghaus sein Konzept, für das er bundesweit Lizenznehmer unter seinen Kollegen sucht. Mit einem Pilotprojekt, das er zusammen mit der Barmer Ersatzkasse in zehn hessischen Betrieben mit 400 Mitarbeitern ins Leben rief, rannte er laut einem Bericht der Zeitung „ApothekerPlus" offene Türen ein. Für eine Gebühr von 25 Euro ermittelt er in einem rund fünfzehnminütigen freiwilligen Gesundheitscheck Blutfett-, Blutglukose- und Blutdruckwerte der Beschäftigten, misst den Bauchumfang und errechnet den Body-Mass-Index. Dazu gibt er Tipps zur >

!

Der Gesundheitscheck dauert 15 Minuten und kostet 25 Euro.

Risikominimierung. Das Beispiel aus Hessen zeigt, dass sich Apotheker wirtschaftlich einiges von der Prävention versprechen. Immer häufiger versuchen sie, mit Präventionsangeboten Kunden zu werben. Nicht immer geht das ohne Reibereien mit der Ärzteschaft ab. Zwischen Praxen und Apotheken besteht zum Teil ein angespanntes Verhältnis, weil sich die Angebote manchmal überschneiden. Zugleich können sich verstärkte Aktivitäten anderer Leistungserbringer in der Prävention aber auch positiv für beide Seiten auswirken. Der Geschäftsführer der Hamburger Apothekerkammer, Reinhardt Hanpft, hat solche Erfahrungen gemacht: „Viele Apotheker geben den Patienten heute den Hinweis, einen Arzt aufzusuchen."

„Fitfactory" liefert einige Tipps, die auch für interessierte Physio- und Ergotherapeuten wertvoll sein könnten, die ihre präventiven Angebote ausbauen wollen und Partner suchen. Grundsätzlich sind Frauen für Präventionsangebote empfänglicher. Apotheker Gerninghaus hat die Erfahrung gemacht, dass die alleinige Ansprache von Krankenkassen mühsam und zeitaufwendig ist. Erfolg versprechender erscheint der Weg, den Betrieben direkt ein Präventionskonzept zu präsentieren. Wer sollte die Kosten tragen? Viele Versicherte würden den kostenpflichtigen Gesundheitscheck voraussichtlich ablehnen. Wenn Krankenkassen die Kosten übernehmen, droht zusätzlicher bürokratischer Aufwand. Am einfachsten für den Anbieter wäre also eine Kostenübernahme durch den Betrieb. In Verhandlungen mit den Unternehmen könnten Vorteile wie leistungsfähigere und seltener krank geschriebene Beschäftigte herausgestellt werden. Vorsicht ist beim Umgang mit den beim Gesundheitscheck gewonnenen Daten geboten. Auch wenn die Betriebe die Kosten tragen, müssen die Daten anonym bleiben. (di)

!

Die Ansprache von Krankenkassen ist mühsam und zeitaufwendig. Erfolgreicher sind Gespräche direkt in den Betrieben.

RECHT

Freiberufler bleiben gewerbesteuerfrei

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass die Gewerbesteuerfreiheit von freien Berufen, also auch von selbstständigen Therapeuten, verfassungskonform ist. Gleichzeitig bestätigte das Gericht die Rechtmäßigkeit der sogenannten „Abfärberegelung".

Es sei mit dem Gleichheitssatz zu vereinbaren, dass die Einkünfte der freien Berufe, der sonstigen Selbstständigen und der Land- und Forstwirte nicht der Gewerbesteuer unterliegen. Es gebe nach wie vor hinreichend tragfähige Gründe für eine Differenzierung zwischen freien, nicht der Gewerbesteuer unterliegenden Berufen und den übrigen Gewerbetreibenden, die zur Gewerbesteuer herangezogen werden.

Das Gericht weist in seiner Begründung darauf hin, dass die Herausnahme der freien Berufe aus der Gewerbesteuer nicht willkürlich erfolgt sei. Vielmehr handle es sich bei der Gewerbesteuer um einen pauschalen Ausgleich für die besonderen Infrastrukturkosten, die durch die Ansiedlung von Gewerbebetrieben verursacht werden. Dem Gericht zufolge liegt die Annahme nahe, dass die freien Berufe typischerweise in geringerem Umfang Infrastrukturkosten für die Gemeinden verursachen als Gewerbetreibende. Wichtig für Gemeinschaftspraxen: Im zweiten Teil seiner Entscheidung billigt das Bundesverfassungsgericht die sogenannte „Abfärberegelung" (§15, Abs. 3 Nr. 1 EStG). Diese Besonderheit des Steuerrechts führt dazu, dass Einzelunternehmer (zum Beispiel einzelner Praxisinhaber) anders behandelt werden als Personengesellschaften

(zum Beispiel mehrere Praxisinhaber). Während der Einzelunternehmer ohne steuerliche Nachteile sowohl Einkünfte aus freiberuflicher als auch gewerblicher Tätigkeit haben kann, führen auch nur geringe gewerbliche Einkünfte zum Beispiel bei einer Gemeinschaftspraxis dazu, dass die gesamten Einkünfte der Gewerbesteuer unterliegen. Grund für den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts war eine Vorlage des niedersächsischen Finanzgerichts, das die Privilegierung von Freiberuflern für grundgesetzwidrig gehalten hatte, weil sich deren Arbeitsbedingungen nicht mehr wesentlich von denen der Gewerbetreibenden unterschieden. (bu)

Service: praxiswissen24 Kunden können den Beschluss des Verfassungsgerichts (AZ 1BvL 2/04) kostenlos bei der Hotline anfordern.

RECHT

Hippotherapie ist Heilbehandlung und damit von der Umsatzsteuer befreit

Hippotherapie stellt nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 30. Januar 2008 eine umsatzsteuerfreie Heilbehandlung nach §4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz (UStG) dar. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung und ein Physiotherapeut mit entsprechender Zusatzausbildung.
Der Umsatzsteuerbefreiung stehe nicht die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) entgegen, wonach die gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Übernahme der Kosten der Hippotherapie verpflichtet sind (BSG-Urteil in SozR 3-2500 § 138 Nr. 2), führt der BFH in seinem Urteil aus. Denn im Gegensatz zu den einschlägigen sozialrechtlichen Bestimmungen, bei denen es um die Frage gehe, ob ein Einzelner auf Kosten der Allgemeinheit einen (Mindest)anspruch auf bestimmte Heilmittel hat, verfolge § 4 Nr. 14 UStG einen anderen Zweck: Dieser bestehe darin, ganz allgemein die Kosten der Heilbehandlung zu senken und diese Behandlungen dem Einzelnen zugänglicher zu machen. (bu)

Service: Das Urteil können praxiswissen24-Kunden kostenlos bei der Hotline anfordern.

GESUNDHEITSPOLITIK

Schulmedizin ist nicht alles

Eine EU-weite Anerkennung ihrer Methoden und Heilmittel haben Vertreter alternativer und ergänzender Heilrichtungen auf einer Demonstration in Brüssel gefordert. Aufgerufen hatte die in Deutschland weitgehend unbekannte Europäische Aktion für Therapiefreiheit, Recht und Gesundheit (E.A.T.R.G.).
„Wer heilt hat Recht“: Dieser Grundsatz sollte nicht nur nach Meinung von John Hart gelten. Der Vorsitzende der vor 17 Jahren in den Niederlanden gegründeten E.A.T.R.G. kann sich der Unterstützung aus vielen Bereichen sicher sein. Neben vielen Patienten sowie Herstellern und Importeuren von homöopathischen und pflanzlichen Gesundheitsprodukten sind auch viele Heilberufe von ganzheitlichen und alternativen Heilmethoden überzeugt — auch wenn diese nach den Maßstäben der Evidenzbasierten Medizin nicht zu bewerten sind. In Deutschland arbeiten viele Praxen erfolgreich mit individuellen Diagnosen und persönlichen Behandlungsplänen, die auf alternativer Heilkunde basieren. Zugleich herrscht aber nach wie vor unter vielen Schulmedizinern Skepsis. Und zahlreiche Regierungen in der EU verhindern durch eine Bevorzugung >

!

„Wer heilt hat Recht!“ finden die Vertreter alternativer und ergänzender Heilrichtungen.

schulmedizinischer Verfahren eine freie Therapiewahl. Hart forderte die Europäische Kommission auf, Druck auf die Mitgliedsländer auszuüben, damit diese alternative und ergänzende Heilmethoden als gleichwertig anerkennen. „Die Therapiefreiheit ist ein Grundrecht, das in den EU-Vertrag gehört“, sagte Hart. Streitpunkt zwischen Schul- und Alternativmedizin ist der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit. Um die Effekte alternativer Methoden nachzuweisen, forderte Hart die Anerkennung der Bioenergetik-Analyse. Um die Wirksamkeit besser nachweisen zu können, sprach sich Frans Copers (Präsident der belgischen Shiatsu Vereinigung) für eine finanzielle Unterstützung durch die EU aus. (di)

!

„Therapiefreiheit ist ein Grundrecht, das in den EU-Vertrag gehört!“

MARKETING

Der Therapeut als Gesundheitsmarke

Für Unternehmer in der Gesundheitsbranche wird es zunehmend wichtiger, sich über Alleinstellungsmerkmale vom Wettbewerb zu differenzieren. Die Rahmenbedingungen wandeln sich deutlich, was einen verstärkten Wettbewerb zur Folge hat.

Die Bereitschaft der Patienten, sich aktiv mit der Verbesserung ihres körperlichen und seelischen Zustands zu beschäftigen, war nie zuvor so stark ausgeprägt. Die Patienten/Kunden müssen heute mehr finanzielle Eigenleistungen in ihre Behandlungen einbringen, sodass sie sich ihre Partner in Gesundheitsfragen genauer und kritischer aussuchen. Bevor sie sich für einen medizinischen Dienstleister entscheiden, informieren sie sich über Leistungen und Qualitätsmerkmale. Für Sie als Unternehmer bedeutet dies, dass Sie Ihren Bezugsgruppen (Patienten, Einweiser, Mitarbeiter, et cetera) als Marke eine klare Orientierungshilfe im Markt bieten müssen. Kommunizieren Sie, warum die Entscheidung auf Sie fallen sollte. Bieten Sie Ihren potenziellen Patienten Orientierung im Therapeutenmarkt. Orientierung bedeutet Sicherheit und führt schließlich zu einem Vertrauensverhältnis, das das wichtigste Gut in der Therapeuten-Patienten-Beziehung darstellt. Eine starke Marke wird Ihnen dabei helfen, und eine individuelle Positionierung sowie ein stimmiger Auftritt schaffen ein einheitliches Gesamtbild und vermitteln Qualität. Eine Marke zu entwickeln, bedeutet mehr als ein Logo zu gestalten. Für eine nachhaltige Positionierung im Wettbewerb muss die Markenidentität erarbeitet und analysiert werden. Für einen Einzelunternehmer wie den Therapeuten ist dies relativ einfach, da er selbst die Marke darstellt. Die Markenidentität beschreibt das Selbstbild des Unternehmens. Dagegen beschreibt das Fremdbild die Markenwirkung auf die externe Bezugsgruppe. Diese Fremdwahrnehmung bezeichnet man als „Markenimage“. Für ein erfolgreiches Unternehmen ist es unerlässlich, dass das Markenimage das Selbstbild so positiv wie möglich widerspiegelt. Das heißt, das Unternehmen braucht einen authentischen und strategieorientierten Marktauftritt. Die Marke ist die Gesamtwahrnehmung der jeweiligen Einrichtung bzw. Praxis. Hier spielen Faktoren wie Service- und Raumgestaltung eine zentrale Rolle. Auf dieses Thema werden wir in den nächsten Ausgaben des Newsletters konkreter eingehen.

Eine Marke hat zum einen das Kommunikationsziel, sich emotional zu positionieren und - zu den zum Teil sehr austauschbaren Leistungen - ein klares Statement zu liefern. Zum anderen muss sie Informationen vermitteln, die das auf der emotionalen Ebene

!

Markenbildung hilft den Patienten sich auf dem Therapeutenmarkt zu orientieren.

!

Eine Marke hat das Ziel, sich emotional zu positionieren - das Gefühl für die therapeutische Leistung „rüberzubringen“.

gegebene Versprechen auf einer rationalen Ebene bestätigen müssen. Eine Marke wächst mit der Zeit und kann erst langfristig die volle Wirkung entfalten. Deshalb ist eine Markenstrategie keine Werbeausgabe, sondern eine Investition in die Unternehmenszukunft und natürlich in die Steigerung des Unternehmenswertes. Eine Studie des „British Design Council“ bringt es auf den Punkt: Wer nicht in den Bereich Gestaltung investiert, bereitet mit einer fünfzigprozentigen Wahrscheinlichkeit langfristig den eigenen Abstieg vor. Ein zunehmend vernetzter Markt bietet eben auch mehr Vergleichsmöglichkeiten für Kunden. Wer hier auf die nötige Aufmerksamkeit durch den Wettbewerbsvorteil „Design“ verzichtet, verliert. Setzen Sie lieber auf Gewinn! (Gastbeitrag von Sven Weibel, PSUW Designbüro, Köln)

PATIENTEN

Patienten finden Qualität wichtiger als Sparen

Viele Therapeuten gehen davon aus, dass Patienten nicht zu höheren Zuzahlungen oder gar der vollständigen Übernahme der Therapiekosten bereit sind. Eine Umfrage des BKK Bundesverbandes zeigt jedoch: Gesetzlich Krankenversicherte sind nicht auf der Suche nach der billigsten Lösung, sondern wollen Qualität und Service.

Im März 2008 untersuchte der BKK Bundesverband in einer telefonischen Umfrage mit rund 1.200 gesetzlich Krankenversicherten, wie sich Zusatzbeiträge und Prämienzahlungen auf ihr Wechselverhalten von Krankenkassen auswirken würden. Dabei wurde klar, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen (wie im Gesundheitsfonds ab 2009 möglich) zu einem Krankenkassenwechsel führen würde und auch das Auszahlen möglicher Prämien einen starken Wechselanreiz bietet.

Die Wechselbereitschaft sinkt jedoch in hohem Ausmaß, wenn die Kunden mit den Leistungen und dem Service ihrer Krankenkasse zufrieden sind. Ein verbessertes Leistungsangebot der Konkurrenz würde fast 45 Prozent zu einem Wechsel bewegen. 64 Prozent der Befragten erhoffen sich eine Ausweitung des Leistungsangebots ihrer Kasse, wohingegen nur 36 Prozent eine Auszahlung von Prämien wünschen. Daraus wird ersichtlich, dass Patienten mehr Wert auf Qualität und Service legen, als von den meisten Leistungsanbietern im Gesundheitswesen wahrgenommen. (bu)

!

Wenn Sie in Ihrer Praxis in eine Preisdiskussion geraten, empfiehlt es sich, die Qualität von Leistung und Service in den Vordergrund zu stellen, statt sich für den Preis zu entschuldigen.

PATIENTEN

Am häufigsten beschwerten sich Patienten über Orthopäden

Wenn es um Behandlungsfehler ging, galt unter Ärzten jahrzehntelang Schweigen als oberstes Gebot. Diese Einstellung wandelt sich zunehmend — Ärzte diskutieren heute offener über eigene Fehler. Die aktuelle Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer zeigt, dass auch Patienten die Arbeit der Mediziner heute kritischer bewerten. >

„Wir wollen, dass unsere Daten zur Fehlerprävention genutzt werden und möchten andere ermutigen, unserem Beispiel zu folgen. Auch die Krankenhäuser sind aufgerufen, Zahlen zu Schadensfällen herauszugeben“, sagte Dr. Andreas Crusius bei der Vorstellung der Statistik. Das Statement des Vorsitzenden der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer zeigt, dass Ärzte heute anders als früher mit eigenen Fehlern umgehen. Das Ziel ist jetzt ein offener Umgang, um weitere Fehler zu vermeiden.
Immerhin 10.432 Patienten (das entspricht einer Zunahme um 1,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr) wandten sich 2007 mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Meist werden Fehler bei und nach Operationen sowie bei Diagnosen mit bildgebenden Verfahren angenommen. Am häufigsten vermuteten Patienten klinische Fehler denn auch in den Klinikabteilungen Unfall- und Allgemeinchirurgie sowie Orthopädie. In den Praxen standen am häufigsten Orthopäden, Hausärzte, Chirurgen und Gynäkologen unter Verdacht.Im vergangenen Jahr fällten die Expertenkommissionen insgesamt 7.049 Entscheidungen. In 4.954 Fällen erkannten sie weder Behandlungsfehler noch Aufklärungsmangel. In 1.717 Verfahren stellten sie Behandlungsfehler und Aufklärungsmängel als ursächlich für einen Gesundheitsschaden fest. In 378 Fällen galt der festgestellte Behandlungsfehler nicht als Ursache für einen Gesundheitsschaden. Die am häufigsten falsch behandelte Krankheit war mit 66 klinischen Fällen die Hüftgelenkarthrose. Brustkrebs führte in den Praxen in 41 Fällen zu Behandlungsfehlern. (di)

!

In 1.117 Fällen wurden Behandlungsfehler und Aufklärungsmängel festgestellt.

PRAXISMANAGEMENT

Serie Kalkulation (5): Zeittakte vergleichen

Immer noch knapp die Hälfte aller Physiotherapeuten behandeln Kassenpatienten im 30-Minuten-Takt. In unserer heutigen Kalkulation geht es darum, die Auswirkungen unterschiedlicher Zeittakte auf die Therapiekapazität und das finanzielle Ergebnis darzustellen.
Das Problem mit dem „richtigen“ Zeittakt ist so alt, wie es Verträge zwischen Physiotherapeuten und Krankenkassen gibt. In den vertraglich festgelegten Leistungsbeschreibungen sind Richtzeiten je Therapieform vereinbart worden, an die sich ein Therapeut bei der Leistungserbringung zu halten hat. Diese Richtzeiten betragen z.B. für die Leistung Krankengymnastik (KG) 15 – 25 Minuten. Nun kann man sich als Therapeut überlegen, in welchem Zeittakt neue Patienten einbestellt werden. Ungefähr die Hälfte aller PT-Praxen in Deutschland bestellt die Patienten im 30 Minuten Takt ein. Die Frage, was so ein Zeittakt die Praxis im Vergleich zu kürzerem Zeittakt kostet, kann von vielen Praxen nicht genau beantwortet werden. Dabei ist die Berechnung der unterschiedlichen Zeittakte gar nicht so kompliziert.
Zunächst werden die Stammdaten der Praxis benötigt. Die Anzahl der Stunden, die die Mitarbeiter der Praxis im Prinzip arbeiten (also nicht im Urlaub, auf Fortbildung oder krank sind) nennen wir Mitarbeiterwochenstunden. Die Berechnung dieses Wertes wurde in Teil 4 schon besprochen. Als nächstes benötigen wir die Anzahl der produktiven Wochen im Jahr. Bei einem halbwegs normalen Krankenstand und normalem Fortbildungsverhalten, dürfte dieser Wert im Mittel bei 42 produktiven Wochen im

!

Die Frage ist, was kostet mich mein Zeittakt im Vergleich zu dem vertraglich geschuldeten Zeittakt?

Jahr liegen. Der durchschnittliche Wert in Euro je Behandlungstakt ist für die Berechnung ebenfalls wichtig und kann den eigenen Abrechnungsunterlagen entnommen werden. Zum Schluss benötigen wir noch den aktuellen Ist-Behandlungstakt.
Die Genauigkeit der Berechnung erhöht sich, wenn bekannt ist, welche Auslastung die Praxis hat. Dieser Wert wird in Prozent gemessen und gibt an, wie viele der produktiven Mitarbeiterstunden auch tatsächlich in abrechenbare Stunden umgewandelt wurden. Ziel ist hier natürlich eine 100-prozentige Auslastung zu erreichen, aber aufgrund von kurzfristigen Absagen und suboptimaler Organisation sind die meisten Praxen schon gut, wenn sie eine Wert über 95 Prozent erreichen. Bei unserer Kalkulation müssen wir jetzt nur noch überlegen, welche alternativen Zeittakte für die Praxis in Frage kommen. Unterstellt, die Praxis hat 100 Mitarbeiterwochenstunden (entspricht ungefähr 2,6 Vollkräften) und 41 produktive Wochen im Jahr, dann könnten 4.100 Therapiestunden im Jahr „verkauft“ werden. Bei einem 30 Minuten Zeittakt und einem Umsatz von 15,50 Euro je Behandlungseinheit entspräche das einem Umsatz von 123.287 Euro im Jahr (97-prozentige Auslastung). In der von uns für Sie vorbereiteten Excel-Tabelle können Sie nun genau ablesen, was es bedeutet, wenn Sie den Behandlungstakt von 30 auf 25 Minuten umstellen: Bei gleicher Auslastung würde eine Umstellung des Zeittaktes eine Zunahme von 1.640 Behandlungseinheiten, bzw. einen Mehrerlös von 24.657,40 Euro bedeuten, das entspräche einer Steigerung von 20 Prozent. Die Tabelle bietet Raum für vier alternative Behandlungstakte, mit der Möglichkeit die prozentuale Auslastung je Zeittakt zu verändern. Damit können Sie auch testen was passiert, wenn durch Ihre kürzeren Zeittakte die Auslastung schlechter wird. (bu)

Umsatzanalyse verschiedener Zeittakte — Vers_3

Eingabefelder sind rot!

Nr.						
A	**Stammdaten**					
A1	Mitarbeiterwochenstunden	100,0				
A2	Produktive Wochen im Jahr	41,0				
A3	Durchschnittlicher Wert je Behandlung in Euro	15,0				
A4	Ist-Behandlungstakt in Minuten (Basistakt)	30				
A5	Summe Jahresarbeitsstunden	4100				
B	**Umsatzanalyse**	**Basistakt**	**Alternative Zeittakte**			
B1	Zeittakt in Minuten	30	25	24	20	15
B2	Therapieeinheiten je Stunde	2	2,4	2,5	3	4
B3	Anzahl der möglichen Zeittakte	8200	9840	10250	12300	16400
B4	Auslastung in %	97%	90%	86%	83%	75%
B5	Kalkulatorischer Umsatz im Jahr	119.310,00 €	132.840,00 €	1322.225,00 €	153.135,00 €	184.500,00 €
B6	Differenz zu Basistakt in Euro	- €	13.530,00 €	12.915 €	33.825,00 €	65.190,00 €
B7	Differenz zu Basistakt in Behandlungseinheiten		1640	2050	4100	8200
B8	Differenz zu Basistakt in %	0,0 €	11,3 %	10,8%	28,4%	54,6%

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

PRAXISMANAGEMENT

Serie Kalkulation (6): Ertrag unterschiedlicher Leistungen vergleichen

Womit verdienen Sie eigentlich mehr: AOK-Tarif oder Beihilfe? Logopädie (30 Minuten) oder Logopädie (45 Minuten)? Vergleichen Sie den Ertrag Ihrer Leistungen wie immer mithilfe unserer Excel-Tabelle, anhand der Sie die Kalkulation für Ihre Praxis selbst durchführen können.

Der Ertrag einer Leistung in Ihrer Praxis hängt nicht nur von der Höhe des Preises ab, sondern auch davon, wie lange sie arbeiten müssen, um diese Leistung zu erbringen. Nun gibt es in den meisten Praxen einerseits unterschiedliche Tarife (Preise) für dieselbe Leistung, wie zum Beispiel RVO, VdAK oder Beihilfe. Andererseits hat jede Praxis eine ganze Anzahl von Leistungen, die sich im Leistungsumfang und insbesondere der Leistungsdauer unterscheiden. Da fällt es manchem Praxisinhaber schwer zu berechnen, welche Leistungen zu welchen Tarifen für den >

!

Unterschiedliche Leistungen lassen sich gut vergleichen, wenn man den Minutenpreis für jede Leistung berechnet.

Praxisertrag besonders günstig sind. Wer dies aber nicht kalkuliert, läuft Gefahr, Leistungen zu erbringen, die die Rentabilität der Praxis verschlechtern. Deswegen sollte jeder Mitarbeiter die rentabelsten Leistungen kennen. Die Rentabilität einer einzelnen Leistung lässt sich schnell anhand des Minutenpreises ermitteln: Man nimmt den Preis einer Leistung und teilt diesen durch die Leistungsdauer in Minuten. Das Ergebnis ist der Preis pro Minute für die jeweilige Leistung. Bei der Wahl der Leistungsdauer muss man sich für einen Wert entscheiden. Sicher wäre es sinnvoll, die vertraglich vereinbarte Mindestbehandlungszeit anzusetzen. Da die meisten Therapeuten aber länger behandeln, kann auch die tatsächliche Behandlungszeit zugrunde gelegt werden.

Das Resultat wird manchen überraschen: Für die Leistung KG (krankengymnastische Ganzbehandlung) ergibt sich bei einer tatsächlichen Behandlungszeit von 20 Minuten ein Minutenpreis von 0,71 Euro. In derselben Praxis werden Privatpatienten zum beihilfefähigen Höchstsatz 30 Minuten behandelt, also zu einem Minutenpreis von 0,65 Euro. Somit ist der Preis für Privatpatienten um 6,2 Prozent günstiger als der AOK-Tarif. Bei diesen Parametern wäre es für den Praxisinhaber sinnvoller, mehr AOK-Patienten zu behandeln und Privatpatienten abzulehnen. Der Vergleich unterschiedlicher Leistungen kann ebenfalls über den Minutenpreis erfolgen. Nehmen wir als Beispiel logopädische Einzeltherapien. Diese gibt es sowohl als dreißig- als auch als fünfundvierzigminütige Sitzung. Der Minutenpreis für die kürzere Sitzung beträgt 0,85 Euro, für die längere Sitzung nur noch 0,75 Euro pro Minute. Das bedeutet, die längere Sitzung ist 12,1 Prozent billiger als die kurze Sitzung! Auch hier wird deutlich, dass betriebswirtschaftlich gesehen nur noch die dreißigminütige Therapiesitzung angeboten werden sollte. In der heutigen Excel-Tabelle finden Sie Kalkulationen für beide Arten von Vergleichen, in die Sie nur noch Ihre Werte eintragen müssen. Um Missverständnisse zu vermeiden: Bei den obigen Betrachtungen zur Ertragsstärke von Leistungen blieben medizinische Aspekte vollkommen unberücksichtigt! (bu)

Minutenpreise — Vers_2

Eingabefelder sind rot!

Nr.		Krankengymnastische Ganzbehandlung			
A	**Einzeltherapie**	RVO	VdAK	Beihilfe	Privat
A1	Mindestbehandlungszeit (Minuten)	15	15	25	25
A2	Preis / Vergütung	14,17 €	15,76 €	19,50 €	25,38 €
A3	Minutenpreis Mindestbehandlungszeit	0,94 €	1,05 €	0,78 €	1,02 €
A4	Tatsächliche Behandlungszeit (Minuten)	20	20	30	30
A5	Minutenpreis tatsächliche Behandlungszeit	0,71 €	0,79 €	0,65 €	0,85 €
A6	Differenz Minutenpreis zu RVO-Tarif	0,00 €	0,08 €	-0,06 €	0,14 €
A7	Differenz Minutenpreis zu RVO-Tarif in %	0,0%	8,4 €	-6,2%	14,6%
		Vergleichswerte			
B	**Vergleich unterschiedlicher Leistungen**	Logopädie 30	Logopädie 45 (Min.)	Logopädie 45 (Stand.)	
B1	Mindestbehandlungszeit (Minuten)	25	40	45	
B2	Preis / Vergütung (GKV)	21,22 €	29,86 €	29,86 €	
B3	Preis / Vergütung (Privat)	38,20 €	53,5 €	53,75 €	
B4	Minutenpreis GKV	0,85 €	0,75 €	0,66 €	0,00 €
B5	Minutenpreis Privat	1,53 €	1,34 €	1,19 €	0,00 €
B6	Differenz Minutenpreis GKV (zu Vergleichswert) %	0,0%	-12,1%	-21,8%	0,0%
B7	Differenz Minutenpreis Privat (zu Vergleichswert) %	0,0%	-12,0%	-21,8%	0,0%

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

PRAXISMANAGEMENT

Serie Kalkulation (7): Variable Gehälter berechnen I

Angestellte Therapeuten unabhängig von ihrer tatsächlichen Leistung mit einem fixen Gehalt zu bezahlen, ist in vielen Praxen üblich. Die Berechnung eines variablen, leistungsabhängigen Gehaltanteils ist einfacher als man denkt und das heutige Thema unserer Kalkulationsserie.

Das Problem bei fixen Gehältern ist bekannt: Die Mitarbeiter sind wenig motiviert, sich selbst um die Minimierung von Ausfällen und eine gute Organisation zu kümmern. Schließlich wird ihr Gehalt unabhängig von ihrem tatsächlich gemachten Umsatz jeden Monat überwiesen. Eine Möglichkeit der Mitarbeitermotivation besteht darin, einen Teil des Gehalts so umzuwandeln, dass es sich zum Beispiel am vom Mitarbeiter erarbeiteten Umsatz bemisst. So hätten Ausfälle oder Planungsfehler eine direkte Auswirkung auf die Gehaltshöhe.

Dieses Gehaltsmodell wird regelmäßig so aufgebaut, dass es ein fixes Grundgehalt und zusätzlich einen variablen Anteil gibt, der sich durch eine prozentuale Beteiligung am erreichten Umsatz berechnet. Grundgehalt und variabler Anteil zusammen ergeben das jeweils zu überweisende Gehalt.

Die Höhe der prozentualen Beteiligung hängt vom Grundgehalt ab und muss berücksichtigen, welchen Umsatz der jeweilige Mitarbeiter im Schnitt erarbeiten wird. Bei der Umstellung eines festen in ein erfolgsabhängiges Gehalt könnte man also rechnen: bisheriges Gehalt minus geplantes Grundgehalt ergibt den neuen variablen Anteil. Kennt man den bisher erarbeiteten Umsatz des Mitarbeiters, muss der neue variable Anteil nur noch in Relation zum Umsatz gesetzt werden, und man erhält im Ergebnis den prozentualen Beteiligungssatz. Damit Sie es bei der Berechnung einfach haben, gibt es wie immer eine vorbereitete Excel-Tabelle, in die Sie nur noch Ihre Grunddaten eintragen müssen. Anhand von geplantem Grundgehalt, verschiedener Prozentsätze und unterschiedlicher Umsatzannahmen können Sie das jeweilige variable Gehalt des Mitarbeiters in der Tabelle ablesen. Damit finden Sie ohne großen Aufwand schnell den für Ihre Praxis passenden prozentualen Beteiligungssatz für variable Gehälter. (bu)

Erfolgsorientierte Gehälter (1): Höhe des variablen Anteils — Vers_4

Eingabefelder sind rot!

A	Stammdaten								
A1	Grundgehalt	1.000 €							
B	Gehaltstabelle				geplanter Umsatz				
B1		1.000 €	2.000 €	3.000 €	4.000 €	5.000 €	6.000 €	7.000 €	8.000 €
B2	18,0%	1.180 €	1.360 €	1.540 €	1.720 €	1.900 €	2.080 €	2.260 €	2.440 €
B3	18,5%	1.185 €	1.370 €	1.555 €	1.740 €	1.925 €	2.110 €	2.295 €	2.480 €
B4	19,0%	1.190 €	1.380 €	1.570 €	1.760 €	1.950 €	2.140 €	2.330 €	2.520 €
B5	19,5%	1.195 €	1.390 €	1.585 €	1.780 €	1.975 €	2.170 €	2.365 €	2.560 €
B6	20,0%	1.200 €	1.400 €	1.600 €	1.800 €	2.000 €	2.220 €	2.400 €	2.600 €
B7	20,5%	1.205 €	1.410 €	1.615 €	1.820 €	2.025 €	2.230 €	2.435 €	2.640 €
B8	21,0%	1.210 €	1.420 €	1.630 €	1.840 €	2.050 €	2.260 €	2.470 €	2.680 €
B9	21,5%	1.215 €	1.430 €	1.645 €	1.860 €	2.075 €	2.290 €	2.505 €	2.720 €
B10	22,0%	1.220 €	1.440 €	1.660 €	1.880 €	2.100 €	2.320 €	2.540 €	2.760 €
B11	22,5%	1.225 €	1.450 €	1.675 €	1.900 €	2.125 €	2.350 €	2.575 €	2.800 €
B12	23,0%	1.230 €	1.460 €	1.690 €	1.920 €	2.150 €	2.380 €	2.610 €	2.840 €
B13	23,5%	1.235 €	1.470 €	1.705 €	1.940 €	2.175 €	2.410 €	2.645 €	2.880 €
B14	24,0%	1.240 €	1.480 €	1.720 €	1.960 €	2.200 €	2.440 €	2.680 €	2.920 €
B15	24,5%	1.245 €	1.490 €	1.735 €	1.980 €	2.225 €	2.470 €	2.715 €	2.960 €
B16	25,0%	1.250 €	1.500 €	1.750 €	2.000 €	2.250 €	2.500 €	2.750 €	3.000 €

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

ARITKEL FÜR DIE KEIN PLATZ MEHR WAR

Die folgenden Artikel finden Sie in den online-Ausgaben des Newsletters oder unter www.praxiswissen24.de

- Ärzte weiterhin beunruhigt über mögliche Delegation von Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe
- Kabinett verabschiedet Entwurf des Insolvenzgesetzes für Krankenkassen
- Elektronische Patientenakte auf dem Vormarsch

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dieter Schnack (di), Gastbeitrag Sven Weibel

Impressum • 2008/6
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.

Suchen ist woanders ...

praxis wissen 24

Antworten auf alle Fragen zur betriebswirtschaftlichen Führung Ihrer Praxis gibt Ihnen die praxiswisen24-Hotline. Testen Sie uns kostenlos!*

www.praxiswissen24.de

7 Gründe für praxiswissen24

- schnelle und verbindliche Antworten auf Ihre Unternehmerfragen
- nicht lange suchen, einfach fragen! praxiswissen24 recherchiert für Sie
- Musterbriefe und Dokumente geben Ihnen mehr Zeit für Ihre Praxis
- die richtigen Argumente für Verhandlungen mit Kunden, Mitarbeitern u. Kassen
- Vorsprung durch Wissen: Jede Woche aktuelle Informationen per E-Mail
- Monat für Monat 20,- € Gutschrift für eine individuelle Beratung bei Ihnen
- jedes Jahr ein buchner Tagesseminar Ihrer Wahl:
  Sie zahlen nur die Verpflegung - wir übernehmen Ihre Teilnahmegebühr

Nutzen Sie jetzt unser Angebot für physiopraxis-Abonnenten und testen Sie praxiswissen24 kostenlos!

☐ *Ja, ich möchte praxiswissen24 kostenlos 2 Monate abonnieren und danach für physiopraxis-Abonennten zum Preis von netto 22,50 €; brutto 26,76 € monatlich für weitere 12 Monate beziehen.

Praxis: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Wenn Ihnen praxiswissen24 nicht gefällt, einfach in den ersten zwei Monaten kündigen.
Keine Vertragsbindung – kein Risiko.

buchner consulting gmbh · Lise-Meitner-Str. 1-7
24223 Schwentinental · Tel: 04307/8119-800 · Fax: 8119-899

buchner consulting