06.2009

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Gewinn – Voraussetzung für hochwertige Therapie

Verdienen Sie, was Sie verdienen?

Finanzkrise – Weltwirtschaftskrise. Die Öffentlichkeit diskutiert. Ganz oben auf der Skala der beliebtesten Themen: wie viel Gewinn ist denn eigentlich in Ordnung? Ab wann wird´s unanständig? Inhaber von Heilmittelpraxen bewegen sich im Verhältnis zu Managern zwar auf einem eher niedrigerem Gewinn- bzw. Verdienstniveau. Trotzdem bleibt die Frage vieler Praxisinhaber nach der angemessenen Höhe des Praxisgewinns meist offen.

„Also, für so wenig Geld mache ich mich doch nicht selbständig!“ fasst eine Teilnehmerin das Ergebnis des Praxisvergleichs in einem Seminar über betriebswirtschaftliche Grundlagen zusammen. Die angestellte Therapeutin einer Ergotherapiepraxis verblüffte die anwesenden Praxisinhaber mit ihrer Einstellung und machte deutlich, dass die Vorstellungen, was man mit einer Praxis verdienen kann, soll oder darf, sehr unterschiedlich sind.
Wenige Therapeuten sind reine „Gewinnoptimierer“. Im Gesundheits- und Sozialwesen war der Begriff „Gewinn“ schon vor der aktuellen Wirtschaftkrise mit negativen Assoziationen besetzt. Daher haben Therapeuten besonders hohe Ansprüche an ihre Arbeit, die über das reine Geldverdienen hinausgehen. Das führt zu einem scheinbaren Widerspruch von Ethik und Monethik. Oft finden gerade Praxisinhaber, dass es gar nicht um Gewinne geht, sondern um harmonische Beziehungen zu ihren Angestellten, guten Teamgeist und hochwertige Fortbildungen.

Gewinn zur Risikoabsicherung

Schaut man genauer hin, eröffnet sich aber ein anderer Blickwinkel. Bei einer nicht repräsentativen Umfrage unter Praxisinhaber wurde gefragt, wie viele Monate die Praxis ihren Zahlungsverpflichtungen gegenüber Mitarbeitern und Vermietern noch nachkommen könne, wenn die Krankenkassen nur noch Kindertherapien finanzieren würden.

Praxisinhaber können sich durch Gewinnoptimierung mehr Qualität in Therapie und Freizeit verschaffen.

Das niederschmetternde Ergebnis: nicht einmal die Hälfte aller Praxen würde die ersten zwei Monate ohne Kassenumsatz überleben. Nach drei Monaten wären rund 85 Prozent aller Praxen nicht mehr am Markt. Gleichzeitig wurden die Angestellten derselben Praxen nach ihren Erwartungen gefragt: über 90 Prozent erwarteten von ihren Chefs eine Risikoabsicherung, damit die ersten sechs Monate des Umsatzrückgangs aufgefangen werden könnten.

Persönliche Ziele setzen

Wie viel Geld man verdienen darf, soll oder will hängt davon ab, wie viel man selbst als Therapeut arbeitet. Außerdem spielen die Risiken eine wichtige Rolle, die man als Investor in eine Praxis eingeht. Und auch die Ziele, die man sich für die Praxis und persönlich gesetzt hat, sind natürlich entscheidend für den Gewinn. Mehr verdienen kann man, in dem man selbst mehr Stunden produktiv arbeitet. Je mehr Therapie ein Praxisinhaber selbst erbringt, desto weniger muss er einem Mitarbeiter dafür zahlen. Also macht er mehr >>>

Aktuell

Ärzte halten Heilmittelbudget 2008 ein
Keine Grundlage mehr für Heilmittelregresse 6

Heilmittel 2008:
Abwärtstrend bei Behandlungseinheiten 7

Bundesinnenministerium bestätigt:
Beihilfeberechtigte sollen zuzahlen! 10

Konzepte

Hamburger Rückenzentrum geht ungewöhnlichen Weg
BKK zahlt Erfolgshonorar für Rückenpatienten 16

Eingriff in Berufsgesetze
Keine Angst vor Leitlinien der Kinderärzte 17

Amerikanisches Fitness-Training in Hamburg
Nia bringt den Körper schonend in Schwung 18

Tipps

Betriebsergebnisse einer Praxis
Was ist der kalkulatorische Unternehmerlohn? 21

Selbstzahlerleistung für die Ferienzeit
Sommerloch-Prävention 22

Vorsicht bei Bestellungen im Internet!
Kein Widerrufsrecht als Geschäftskunde 23

Kommentar

Wirksamkeit ...

Die Wirtschaftsentwicklung ist weiterhin rückläufig, die Einnahmen der Krankenkassen sinken. Der Druck wächst, Gesundheitsversorgung zu rationieren.
Dabei gibt es kaum noch Tabuthemen: Eine Umfrage unter 500 Intensivstationen fördert das Ergebnis zu Tage: „versteckte Rationierung“. Die Bundesärztekammer setzte das Thema „Priorisierung statt Rationierung“ auf die Agenda. Die Verteilungskämpfe um begrenzte finanzielle Mittel sind im vollen Gang. Und mittendrin: die Heilmittelerbringer.

Die aktuellen Zahlen der Krankenkassen aus dem Heilmittelinformationssystem für das Jahr 2008 zeigen, dass die Rationierung im Bereich der Heilmittel schon längst zum Alltag gehört. Während die Ausgaben für Gesundheit in fast allen Bereichen steigen, kaschiert der Rückgang der Heilmittelausgaben um rund 1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr nur schwach, dass es KV-Gebiete gibt, die hohe zweistellig Umsatzrückgänge im letzten Quartal hinnehmen mussten. Und auch im ersten Quartal 2009 wird das Ergebnis nicht wirklich besser.

Wirtschaftlich und rechtlich wächst der Druck, die Effektivität und Effizienz von Heilmitteltherapie nachweisen zu können. Das Tempo ist atemberaubend, die Luft für Heilmittelerbringer wird dünner.
Viel schneller als Studien durchgeführt und Forschungsprojekte abgeschlossen werden können, wird die Frage nach der Wirksamkeit und Finanzierbarkeit von Heilmittel aufkommen.

Es wird zu viel darüber diskutiert, warum die Krankenkassen weiterhin Heilmitteltherapie zahlen sollten, anstatt sich auf das Ergebnis der Therapie zu konzentrieren. Jeder Patient kann Auskunft über die Wirksamkeit von Therapie geben - man muss ihn nur fragen! Die Antworten dokumentiert, zusammengefasst und als Qualitätsbericht der eigenen Praxis veröffentlicht – das würde ein Beleg für die Wirksamkeit der Therapie sein. Was hält Sie davon ab, es zu tun?

Ihr

>>> Fortsetzung S. 1

Umsatz und hat gleichzeitig weniger Kosten. Ein Effekt, den viele Praxisinhaber nach einiger Zeit so beschreiben: „ Ich fühle mich oft wie ein Hamster im Rad.“ Mehr Gewinn macht man, indem man dafür sorgt, dass Kosten sinken, Umsätze steigen und die Praxis reibungslos läuft. Praxisinhaber, die weniger selbst therapieren und sich dafür mehr um diese drei Erfolgsfaktoren kümmern, erzielen deutlich mehr Gewinn als vergleichbare Praxen.

Gewinne optimieren

Kein Praxisinhaber sollte sich also zu schade sein, Gewinne konsequent zu optimieren. Praxen mit hohen Gewinnen können ihren Mitarbeitern bessere Arbeitsbedingungen bieten, mehr in Fortbildung investieren und Patienten effektiver und effizienter therapieren.

Die Erkenntnis, dass die Mitarbeiter finden, der Praxischef möge doch bitte mehr Gewinn machen, hat zumindest die Teilnehmer des oben genannten BWL-Seminars dazu gebracht, sich verstärkt darum zu kümmern, mit der Praxis mehr Gewinn zu machen. Gewinn ist eben nicht der Gegensatz von hochwertiger Therapie, sondern im Gegenteil geradezu die Voraussetzung! *bu*

Was verstehen Sie unter „Gewinn“?

„Gewinn“ ist ein diffuser Begriff, den jeder für sich anders interpretiert.

Für den einen hat Gewinn mit Geld zu tun, für den anderen ist Gewinn ein persönlicher Erfolg. Gewinn kann man aus der beruflichen Arbeit erzielen, aus wirtschaftlichen Einnahmen oder aus persönlichen Lebensumständen. up wollte es genau wissen und hat Praxisinhaber nach ihrer ganz persönlichen Definition von Gewinn gefragt.

»Gewinn ist, wenn man mehr einnimmt als man ausgegeben hat.«

»Das Ziel meiner Arbeit ist „Gesundheitsgewinn“ für meine Patienten.«

»Für mich ist Gewinn das, was überbleibt. Und das ist natürlich sehr wichtig.«

»Gewinn ist mein Umsatz abzüglich aller Kosten.«

»Gewinn bedeutet zunächst einmal: mehr Geld zu haben als zuvor.«

Gewinnen durch Gewinn

Gewinn richtig berechnen

Gewinne zu erzielen, ist nicht immer einfach. Die Materie ist eher trocken und ein betriebswirtschaftliches Buch über Gewinn scheint für viele Therapeuten mehr eine gute Einschlafhilfe zu sein als eine praktische Hilfe zur Gewinnoptimierung. Wie wird „Gewinn“ aus betriebswirtschaftlicher Sicht definiert? Wie kann man ihn optimieren? Welchen Nutzen haben Praxisinhaber davon? unternehmen praxis hat die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

Gewinn machen ist zu vermeiden – das lernt schon der Berufanfänger. Denn auf Gewinn muss man Steuern zahlen. Solchen Unsinn hört man erstaunlicherweise gerade von Steuerberatern, die es eigentlich besser wissen sollten. Das Gegenteil von Steuerberatern hinsichtlich des Gewinns sind die Kreditinstitute: Die wollen sehen, das der Laden läuft und möglichst viel Gewinn abwirft, damit auch ja alle Kredite zurückgezahlt werden können. Wer solchen Ratgebern hilflos ausgeliefert ist, wird Geld verlieren. Besser ist es da, nicht fremde sondern eigene Gewinnziele konsequent zu verfolgen.

Gewinn = Umsatz abzüglich Kosten

Da gilt es zunächst einmal eine vernünftige Definition für den Begriff „Gewinn“ festzulegen. Rein betriebswirtschaftlich kann man sagen: Gewinn = Umsatz abzüglich Kosten. Wenn man mehr Kosten produziert hat, als Umsätze gemacht, dann ergibt das einen Gewinn mit negativem Vorzeichen und kann dann auch Verlust heißen. Die Wirtschaftslehre geht davon aus, dass in den Kosten wirklich alle Kosten enthalten sind, die entstanden sind, um den Umsatz zu erzielen. Deswegen muss die Eigenleistung des Praxisinhabers als so genannter kalkulatorischer Unternehmerlohn bei den Kosten berücksichtigt werden (s. Seite 21). Das findet aber auch in amtlichen Statistiken nicht immer statt (s. Seite 16) und führt zu vollkommen unrealistischen Vorstellungen über die Höhe des Gewinns von Heilmittelpraxen. Statistisch gesehen machen alle Praxen mehr oder weniger ordentlichen Gewinn. Häufig ist die therapeutische Arbeit der Inhaber von oft über 60 Wochenstunden dabei nicht berücksichtigt.

Unternehmerrisiko mitkalkulieren

Betriebswirtschaftlich gesehen ist der Gewinn die Verzinsung des Unternehmerrisikos. Dabei geht man davon aus, dass jemand, der Geld in seine Praxis investiert, dieses Geld auch alternativ z.B. in Pfandbriefe anlegen könnte. Die Anlage in Pfandbriefe ist extrem sicher, die Verzinsung entsprechend niedrig. Die Anlage in eine kleine Praxis ist schon deutlich unsicherer, deswegen geht man davon aus, dass die Verzinsung des eingesetzten Kapitals hier höher sein muss. Je größer eine Praxis ist, desto größer ist einerseits das eingesetzte Kapital und andererseits auch das Risiko für den Praxisinhaber. Nehmen wir als Beispiel für ein solches Risiko die Raummiete: Ein Praxisinhaber, der einen Mietvertrag über fünf oder zehn Jahre oder länger unterschreibt, geht damit schnell eine sechsstellige langfristige Zahlungsverpflichtung ein.

Qualitätssteigerung durch Gewinn

Damit es Menschen bzw. Investoren gibt, die bereit sind, solche Risiken einzugehen, gibt es den Gewinn. Die Regel lautet: je höher das Risiko, desto höher der Gewinn. Der Gewinn muss so hoch sein, dass der Praxisinhaber eine faire Chance hat, für Risiken Vorsorge zu betreiben. Eine „Gewinn-Verwendungs-Liste“ hat schon so manchem Praxisinhaber die Augen geöffnet, was man machen könnte, wenn mehr Gewinn erwirtschaftet würde. Mehr Freizeit könnten sich manche Praxischefs durch höhere Gewinne leisten. Das Resultat wäre bessere Stimmung, bessere Mitabeiterführung und damit eine wahrnehmbare Qualitätssteigerung der Patientenversorgung!

Auch solche weichen Faktoren wie mehr Zeit oder gute Stimmung lassen sich betriebswirtschaftlich bewerten, nämlich in Geld. Immer vorausgesetzt, die Praxis macht genug Gewinn, um das eingesetzte Kapital angemessen zu verzinsen, dann kann man sich als Praxischef überlegen, ob man bereit ist für mehr Freizeit auf vielleicht 10.000 Euro mehr Gewinn zu verzichten. Hat man sich dann für die Freizeit entschieden, weiß man noch mehr, wie wertvoll die eigene Freizeit ist. *bu*

»Für mich persönlich ist der Gewinn das „mehr an Lebensqualität“, das ich bekomme, wenn ich so leben und arbeiten kann, ich es möchte.«

»Wenn ein Patient zufrieden nach Hause geht, ist das mein Gewinn.«

»Gewinn ist die Zufriedenheit meiner Patienten, meiner Mitarbeiter – und natürlich meine.«

Kassenverband kritisiert Rangliste

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich gegen die Forderung der Ärzteschaft ausgesprochen, eine Rangliste für Kassenleistungen zu erstellen und über die Liste einen „Gesundheitsrat" entscheiden zu lassen.

Wenn die Ärztekammer Leistungskürzungen fordere und zugleich beklage, nur zugeteiltes Geld zu bekommen, dann sei klar, dass es den Ärzten nicht um Patienteninteressen, sondern um mehr Geld für sich selbst gehe, sagte der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, in Berlin.

G-BA leistet gut Arbeit

Er verwies darauf, dass die Honorarsumme allein für die niedergelassenen Ärzte erst zu Jahresbeginn auf über 30 Milliarden Euro gestiegen sei. Die Ärzteschaft habe aber Probleme, diese Gelder angemessen zu verteilen. Lanz betonte ferner, mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss von Kassen und Ärzten gebe es eine gute und bewährte Institution, die über den Leistungskatalog in der GKV entscheide.

Positive Vorbilder im Ausland

Zuvor hatte Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, seine umstrittenen Vorschläge zur Reform des Gesundheitssystems verteidigt. Eine Rangliste für medizinische Leistungen sei international erprobt, sagte Hoppe gegenüber der „Neuen Osnabrücker Zeitung": „Sie funktioniert in Großbritannien und skandinavischen Ländern, in Neuseeland, Australien und teilweise in den USA."
Hoppe hatte eine nach Nützlichkeit gestaffelte Rangliste für medizinische Leistungen vorgeschlagen. Demnach sollen die Krankenkassen weniger notwendige Behandlungen oder „Wunschleistungen" im Regelfall nicht mehr bezahlen. Das Bundesgesundheitsministerium hatte den Vorstoß als „apokalyptische" Idee zurückgewiesen.

pm

Positives Echo auf Modellprojekte zur ambulanten Geriatrie

Neue Arbeitsfelder für selbständige Therapeuten

Modellprojekte zur ambulanten geriatrischen Reha zeigen nach ersten Zwischenergebnissen ermutigende Ergebnisse. Die Behandlungsteams an Kliniken bestehen bislang aus angestellten Therapeuten, künftig könnten auch selbstständige Therapeuten eingebunden werden.

Ziel ist es, mit der ambulanten Geriatrie künftig auch Menschen in Pflegeheimen zu erreichen. Dazu kann sich etwa die geriatrische Ambulanz am Friedrich-Ebert- Krankenhaus (FEK) in Neumünster vorstellen, gegen Honorar auch selbstständige Therapeuten zu den Patienten zu schicken. „Dafür werden wir eventuell externe Leistungserbringer einkaufen", sagte ein Vertreter der FEK auf Anfrage.

Modellprojekt schafft neue Aufgaben für selbständige Therapeuten

Probezeit für ambulante geriatrische Versorgung

Das FEK wurde vor Kurzem genauso wie Abteilungen aus Ratzeburg, Eutin und Middelburg neu in ein laufendes Modellprojekt im Norden aufgenommen, mit dem die ambulante geriatrische Versorgung in ausgewählten Kliniken seit 2007 erprobt wird. Von Beginn an dabei sind die geriatrischen Kliniken in Heide, Flensburg, Itzehoe und Lübeck. Ausgangspunkt ist der Hausarzt, der Patienten ab 70 Jahren an eine der geriatrischen Abteilungen der Modellregionen für eine Untersuchung überweist. Gedacht ist dieses Angebot für Patienten, für die eine ambulante Behandlung wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung nicht ausreicht. Dennoch sollen Klinik- oder Heimeinweisungen vermieden werden.

Entscheidung über Übernahme in Regelversorgung im Herbst

Der Klinikgeriater erstellt nach interdisziplinärer Absprache einen Behandlungsplan mit therapeutischen Anwendungen, die den Allgemeinzustand und die Selbstständigkeit verbessern sollen. Dabei werden an 20 Tagen 40 Therapieeinheiten mit Krankengymnastik, Gerätetraining, Massagen oder Logopädie absolviert. Der Hausarzt kann auf Wunsch oder bei Bedarf an den Visiten und an der Erstellung des Abschlussgutachtens einbezogen werden.

Regelversorgung noch fraglich

Ob neben der Erweiterung der Modellregionen auch Teile des Projektes in die Regelversorgung übernommen werden, soll im Herbst entschieden werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung legt im Sommer ihre Ergebnisse vor. Schon im vergangenen Jahr hatten Mediziner aus den beteiligten Kliniken das Projekt als Erfolg bezeichnet, nachdem bei vielen Patienten eine erhöhte Mobilität erreicht wurde.

di

Studie zur Praxiswahl bietet Denkanstöße für Therapeuten

Privatpatienten erwarten besseren Service

Eine neue Studie gibt auch für Therapeuten wertvolle Hinweise, worauf Privatpatienten Wert legen. Freundlichkeit und Qualifikation reichen den privat versicherten Patienten nicht aus.

Mindestens ebenso wichtig ist den Privatpatienten eine funktionierende Praxisorganisation. Das fand die Studie heraus, die vom IMWF Institut für Management und Wirtschaftsforschung erstellt wurde. Während 44 Prozent der Befragten laut Studie noch fordern, dass in Arztpraxen vereinbarte Termine eingehalten werden und die Wartezeiten kurz bleiben, haben Therapeuten dies bereits umgesetzt.

Kundenfreundliche Öffnungszeiten gewünscht

Allerdings wünschen sich weitere 40 Prozent eine zeitnahe Terminvergabe. 79 Prozent der Privatpatienten wünschen sich kundenfreundlichere Öffnungszeiten - zum Beispiel am Abend und am Wochenende. 94 Prozent der Privatpatienten erwarten einen unkomplizierten Anmeldevorgang.

Aufbau eines praxisinternen Qualitätsmanagements

Funktionieren die Abläufe in der Praxis nicht reibungslos, scheuen die Privatpatienten auch vor einem Praxiswechsel nicht zurück. Wer in sein Praxismanagement investiert, kann die Zufriedenheit seiner Privatpatienten und damit auch die Einnahmen steigern. Eine Möglichkeit dafür wäre der Aufbau eines praxisinternen Qualitätsmanagements mit dem Ziel, die Praxisorganisation patientengerechter zu gestalten. Den Patienten soll dies das notwendige Vertrauen in funktionierende Abläufe bei der Anmeldung und der Behandlung dokumentieren. *di*

Kasse zahlt Prämie für Verzicht auf Heilmittel

Die neuen Wahltarife machen es möglich: Wer als gesetzlich Versicherter auf Heilmittel verzichtet, erhält eine Prämie. Diesen Weg hat als erste Krankenkasse jetzt die Hamburger Securvita beschritten.

Heilmittelbehandlungen sind fester Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser seit Jahrzehnten geltende Grundsatz gerät jetzt ins Wanken. „Wir überschreiten die alten Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung und greifen schon jetzt eine Zukunftsentwicklung auf“, sagt Securvita-Gründer Thomas Martens zu dem neuen Angebot. Als „Alternative zum starren Kassen-Einheitssystem“ bietet die Krankenkasse aus der Hansestadt den Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsverzicht“ an.

Prämie für Verzicht

Konkret bedeutet dies, dass gesetzlich Versicherte eine Prämie von 300 Euro, maximal aber 20 Prozent des eingezahlten Beitrags, erhalten, wenn sie und die mitversicherten Familienangehörigen im Gegenzug auf einen bestimmten Leistungsblock verzichten. Dieser Block umfasst Fahrkosten (mit Ausnahme von Rettungsfahrten), Badekuren, Mutter-Kind-Kuren, Haushaltshilfen, Heilmittel und Homöopathie. Andere Leistungen sind davon nicht berührt, sie können weiterhin in Anspruch genommen werden. Einzeln können die Leistungen aus dem Block nicht abgewählt werden.

Selbstbehalt von 600 Euro

Der Tarif beinhaltet einen Rettungsschirm: Wer die Prämie erhält und dennoch eine der Leistungen in Anspruch nehmen muss, trägt einen Selbstbehalt von 600 Euro – das Risiko für den Versicherten bleibt damit auf 300 Euro beschränkt. Der Versicherte bleibt drei Jahre an den Wahltarif gebunden. Zugleich kann er diesen mit einem weiteren Angebot kombinieren. Dieser Tarif würde – analog zu Angeboten aus der privaten Krankenversicherung – eine Erstattung von 900 Euro erlauben, wenn der Versicherte in einem Jahr gar keine Leistungen in Anspruch nimmt.

Folgen auf Umsatz der Therapeuten?

Neuer Wahltarif erlaubt Verzicht auf Heilmittel

Der Wahltarif ist nach Paragraf 53 SGB V, Absatz 7 erlaubt und nach Auskunft der Kasse bereits vom Bundesversicherungsamt genehmigt. Die Kasse erwartet, dass bald weitere gesetzliche Krankenkassen nachziehen. Sie rechnet mit einer vierstelligen Zahl von Versicherten, die bei der Securvita den Leistungsausschluss wählen. Bei größeren Krankenkassen könnte diese Zahl entsprechend höher ausfallen. Die Einschätzung, dass weitere Kassen dem Beispiel folgen, erscheint realistisch. Denn mit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes haben Krankenkassen nur geringe Spielräume, sich preislich von der Konkurrenz abzusetzen.

Einzelfall wird entscheiden

Offen ist, ob sich der Leistungsausschluss der Heilmittel auf den Umsatz von Therapeuten auswirkt – denn viele Versicherte, denen der Arzt eine Therapie verordnet, dürften sich trotz der Prämie für die Behandlung entscheiden. Sie müssen im Einzelfall prüfen, ob für sie eine Direktabrechnung mit dem Therapeuten oder der Schutzschirm der Kasse das geeignete Modell ist. *di*

Es gibt keine Grundlage mehr für Heilmittelregresse

Ärzte halten Heilmittelbudget 2008 ein

Ärzte halten im Bundesdurchschnitt das Heilmittelbudget mit einer Überschreitung von einem Prozent ein. Das ist das Ergebnis der aktuell vorliegenden Zahlen des Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS).

Vergleicht man die tatsächlichen Heilmittelausgaben der Krankenkassen (GKV) mit den zwischen GKV und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) vereinbarten Heilmittelausgabenvolumina, erhält man interessante Ergebnisse: Mehr als 93 Millionen Euro haben Ärzte der KVen Bremen, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen nicht für Heilmittelverordnungen genutzt, obwohl die Budgets dafür mit den Krankenkassen vereinbart waren. Die Ärzte in den KVen Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen brauchen sich ebenfalls keine Gedanken über Regresse zu machen. Hier wurde das Budget auf KV-Ebene nur minimal überschritten. In Baden-Württemberg und Bayern liegen nur sehr moderate Überschreitungen des Heilmittelbudgets vor, so dass auch in diesen KV-Gebieten keine dramatischen Regresse für 2008 zu befürchten sind. Nur in den KVen Thüringen, Hamburg, Berlin und Sachsen-Anhalt klappt das Einhalten der Budgets noch gar nicht. Die prozentualen Überschreitungen sind alle zweistellig.

In der Gesamtbetrachtung haben sich die Ärzte 2008 ganz exakt an die vereinbarten Ausgabenvolumina gehalten. In sieben KV-Gebieten werden die Heilmittelbudgets zum Teil sogar deutlich unterschritten.
Die Heilmittelausgabenvolumen wurden, bzw. werden noch für das Jahr 2009 entsprechend angehoben. Das bedeutet, die Ärzte in den KVen mit nicht ausgeschöpften Verordnungsvolumen können 2009 noch rund 2 Prozent mehr Heilmittel verordnen. Darüber sollten Heilmittelerbringer die Ärzte dringend informieren, denn hier herrscht noch zuviel Unwissenheit.

bu

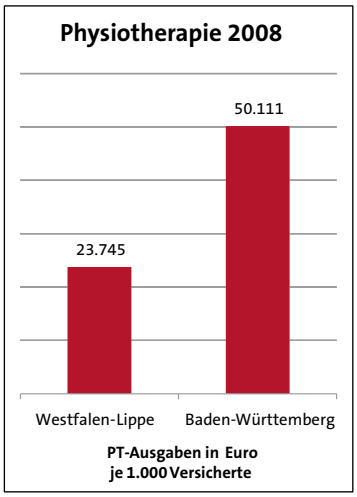
Heilmittelausgaben 2008

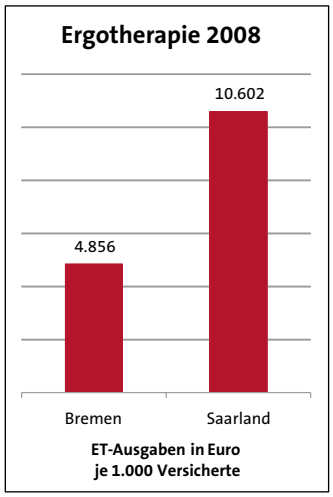
Kassenärztliche Vereinigung	PLAN in Tsd. €	IST in Tsd. €	Abweichung in %
Bremen	28.123	23.183	-18%
Nordrhein	404.000	366.183	-9%
Westfalen-Lippe	286.450	261.474	-9%
Hessen	235.277	220.363	-6%
Schleswig-Holstein	141.838	136.222	-4%
Rheinland-Pfalz	175.869	173.389	-1%
Niedersachsen	347.472	344.641	-1%
Saarland	47.105	47.245	0%
Sachsen	233.679	238.648	2%
Mecklenburg-Vorpommern	57.714	59.007	2%
Bayern	560.900	579.906	3%
Baden-Württemberg	550.392	574.462	4%
Brandenburg	87.568	93.364	7%
Thüringen	79.199	88.247	11%
Hamburg	71.618	83.801	17%
Berlin	140.000	173.699	24%
Sachsen-Anhalt	78.147	101.306	30%
Summe	**3.525.351**	**3.565.140**	**1%**

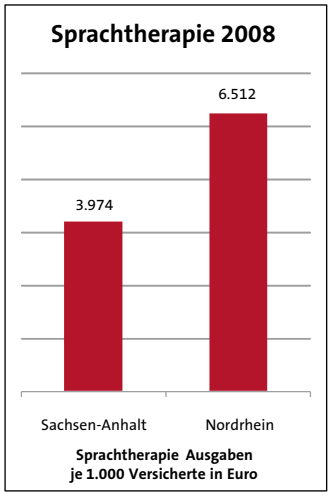
Vergleicht man die vereinbarten Heilmittelausgabenvolumina mit den tatsächlich entstanden Nettoverordnungskosten, kann man erkennen, dass viele Ärzte ihr Heilmittelbudget in 2008 nicht vollständig genutzt haben.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Tabelle Heilmittelausgaben 2008 – Plan/Ist bei der Hotline auch als Datei für Power-Point-Präsentationen anfordern.

Regionale Unterschiede bei Heilmittelausgaben







Heilmittelausgaben der jeweils billigsten und teuersten KVen in Euro je 1.000 Versicherte (Bericht siehe Seite 7)

Heilmittel 2008

Besorgniserregender Rückgang der Behandlungseinheiten

Der Trend geht abwärts. Seit langem zeigen die aktuellen Zahlen des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS) eine dramatische Verschlechterung. Die Umsatzzuwächse der Ergotherapeuten und Logopäden sind minimal, Physiotherapeuten verbuchen Rückgänge. Die Finanzzahlen beschönigen jedoch das Ergebnis. Denn der Umsatz verdeutlicht nicht die rückläufigen Zahlen der verordneten Behandlungen.

Auf den ersten Blick sehen die Zahlen für das Jahr 2008 gar nicht so schlimm aus wie erwartet. Ein Rückgang der Heilmittelumsätze um 1,2 Prozent wirkt zunächst moderat. Aber im Detail sind die Veränderungen alarmierend! Denn in den Umsätzen sind die Preiserhöhungen des letzten Jahres mit berücksichtigt.

Minus bei Behandlungseinheiten

Betrachtet man dagegen die Entwicklung der verordneten Behandlungen, ergibt sich ein deutlich schlechteres Bild. 3,2 Prozent weniger Behandlungen als im Vorjahr haben die Ärzte den Patienten verordnet, das entspricht einem Minus von 112 Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte. Physiotherapeuten verloren am meisten Behandlungseinheiten (-3,8 Prozent), aber auch Ergotherapeuten und Logopäden konnten nicht auf mehr spekulieren: Der Zuwachs an Behandlungseinheiten betrug bei den Fachgruppen unter einem Prozent!

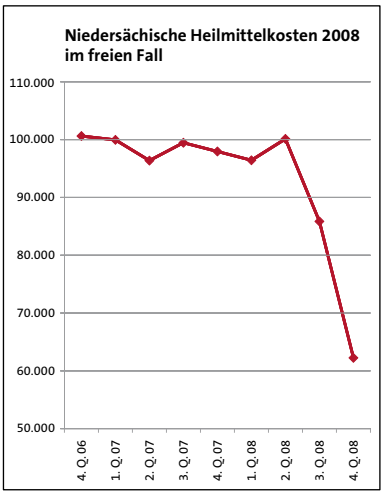
Verheerende Rückgänge

Wie schnell Umsatzeinbrüche eintreten können, sieht man am Beispiel von Niedersachsen. Von rund 100 Millionen Euro im 2. Quartal fiel der Heilmittelumsatz bis zum 4. Quartal 2008 um sagenhafte 38 Prozent auf einen Tiefsstand von 62 Millionen Euro. Auch in anderen KV-Gebieten war das 4. Quartal 2008 dramatisch: Im Vergleich zum 4. Quartal 2007 musste im Bundesschnitt ein Rückgang von 10 Prozent verkraftet werden, einzelne KV-Gebiete hatten verheerende Rückgänge bis zu 37 Prozent zu verzeichnen!

Weiterhin freier Fall

Das lässt für die Zukunft nichts Gutes ahnen: In Baden-Württemberg wurden für 2009 die Richtgrößen für Heilmittel um rund 30 Prozent gekürzt – die Kassen versuchen mit allen Mitteln die Heilmittelausgaben herunter zu fahren.

Um zu verdeutlichen wie tief hinunter die Ausgaben gesteuert werden könnten, hat up jeder Fachrichtung die Heilmittelausgaben 2008 des billigsten und des teuersten KV-Gebietes gegenübergestellt. Die Unterschiede sind enorm! Ziel der Heilmittelerbringer müsste es sein, die Ausgaben an den „teueren" KV-Gebieten auszurichten, die Entwicklung läuft eher in die entgegen gesetzte Richtung. *bu*



Von rund 100 Millionen Euro im 2. Quartal fiel der Heilmittelumsatz bis zum 4. Quartal 2008 um sagenhafte 38 Prozent.

Service: Die Zahlen zu den Heilmittelausgaben 2008 finden sich im Internet unter www.gkv-his.de. praxiswissen24-Kunden können Auswertungen und Grafiken, die sie für ihre Arztkommunikation benötigen, kostenlos bei der Hotline abfordern.

Heilmittelumsätze 2008 / Vorjahresvergleich

KV (Bruttowerte)	Veränderung 2007/2008 in T€	in %
Baden-Württemberg	13.533	2,1%
Bayern	-8.325	-1,3%
Berlin	5.717	3,0%
Brandenburg	7.315	7,4%
Bremen	-3.265	-11,2%
Hamburg	3.579	4,0%
Hessen	-13.460	-5,2%
Mecklenburg-Vorpommern	-2.554	-3,7%
Niedersachsen	-56.019	-12,9%
Nordrhein	-5.701	-1,4%
Rheinland-Pfalz	-8.161	-4,1%
Saarland	370	0,7%
Sachsen	4.383	1,7%
Sachsen-Anhalt	9.673	9,3%
Schleswig-Holstein	-8.770	-5,5%
Thüringen	2.923	3,1%
Westfalen-Lippe	8.919	3,2%
Summe	**-49.843**	**-1,2%**

Rund 50 Millionen weniger Heilmittelumsätze als im Vorjahr

Heilmittelumsätze im IV. Quartal /Vorjahresvergleich

KV (Bruttowerte)	Veränderung 2007/2008 in T€	in %
Baden-Württemberg	-5.880	-3,6%
Bayern	-12.094	-7,3%
Berlin	-1.850	-3,8%
Brandenburg	382	1,5%
Bremen	-2.293	-30,7%
Hamburg	-5.787	-25,2%
Hessen	-7.372	-11,4%
Mecklenburg-Vorpommern	-223	-1,3%
Niedersachsen	-40.092	-37,0%
Nordrhein	-10.222	-9,9%
Rheinland-Pfalz	-3.487	-6,9%
Saarland	85	0,6%
Sachsen	-5.291	-8,0%
Sachsen-Anhalt	2.067	7,3%
Schleswig-Holstein	-10.834	-26,8%
Thüringen	-1.203	-4,9%
Westfalen-Lippe	866	1,2%
Summe	**-103.228**	**-10,1%**

Im vierten Quartal: dramatische Verschlechterung

Projekt Gesundes Kinzigtal legt erste Ergebnisse vor

Mehr Prävention – weniger Kosten

Je gesünder die Bevölkerung, desto höher das Einkommen der Ärzte und Therapeuten: Diesem Ansatz folgt das Projekt Gesundes Kinzigtal. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass dieses Modell, an dem derzeit vorwiegend Ärzte teilnehmen, funktionieren könnte. Therapeuten sind noch in der Minderzahl.

Eine bessere Versorgung zu geringeren Kosten für die Krankenkassen ist bislang dauerhaft noch in keinem Modellprojekt gelungen, das alle Versorgungsbereiche umfasst. Im Schwarzwälder Kinzigtal hofft man, dieses Ziel erreichen zu können. Die Zahlen für 2006 und 2007 zeigen, dass sich durch gezielte Investitionen in die Prävention die Gesundheit der Bevölkerung verbessert hat und zugleich Geld eingespart wurde.

Die wichtigsten Ergebnisse:

- Das Programm „AGiL (Aktive Gesundheitsförderung im Alter) zeigt, dass bei den 254 Teilnehmern zwischen dem dritten Quartal 2006 und dem zweiten Quartal 2008 nur 0,4 Prozent pflegebedürftig wurden. Sie erhielten eine der drei Pflegestufen eins, zwei oder drei. In der Vergleichsgruppe betraf dies 3,5 Prozent. Auch die Sterberate bei den AGiL-Teilnehmern ist geringer. Beides ist bemerkenswert, weil die ausgewählten AGiL-Teilnehmer zum Start des Projektes kränker waren als die Vergleichsgruppe. Bei den AGiL-Teilnehmern haben sich die Werte für Fitness, Gewicht, Blutdruck und Blutzucker deutlich verbessert.
- Für die AOK Baden-Württemberg als Projektpartner fielen die Kosten um 3,38 Prozent geringer aus als erwartet. Gegenüber der Vergleichsregion wurden sogar 5,14 Prozent eingespart.
- Die Motivation der Bevölkerung zur Teilnahme ist hoch. Über 5.000 Versicherte der AOK und der LKK beteiligen sich aktiv an den angebotenen Gesundheitsprogrammen des Modellprojektes.

Finanzierung aus erzielten Einsparungen

Für das Projekt wurde die Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet. Die in Hamburg ansässige Managementgesellschaft finanziert sich ausschließlich aus den erzielten Einsparungen. Es beteiligen sich 58 Leistungspartner, die meisten von ihnen sind Ärzte. Auch drei Physiotherapeuten, ein Pflegeheim und sieben Kliniken sind dabei. Außerdem wird mit 37 Kooperationspartnern, darunter fünf Physiotherapeuten, sechs Fitness-Studios, 14 Apotheken und zwölf Vereinen zusammengearbeitet. Sie bieten verschiedene Projekte an, die von Aqua-Fitness über Ernährungsberatung bis zu Disease-Management-Programmen reichen. Auch Programme zum Nichtrauchen, zur Herzgesundheit und Gewichtskontrolle sind dabei. Das größte Programm ist das jetzt ausgewertete AGiL (siehe Kasten).

Freie Wahl der Leistungserbringer bleibt erhalten

Wie stark die Physiotherapeuten am Erfolg partizipieren, kann die GmbH noch nicht sagen. Die Physiotherapeuten werden besonders für das Projekt „Starke Muskeln – feste Knochen“, das über 200 Menschen nutzen, nachgefragt. Die Versicherten werden nicht durch finanzielle Anreize wie etwa reduzierte Praxisgebühr motiviert. Die freie Wahl der Leistungserbringer bleibt in dem Projekt erhalten. Damit wollen die Organisatoren die Leistungserbringer zu einer hohen Leistung anspornen. Die AOK im Südwesten erwartet, dass mit dem Modell langfristig ein zweistelliger Millionenbetrag eingespart werden kann, der zusätzlich in die Versorgung investiert wird. *di*

i Zum Thema

Stichwort AGiL

Mit der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ (AgiL) spricht das Kinzigtal gezielt Menschen über 60 ohne Pflegestufe an, die noch unabhängig und ohne kognitive Beeinträchtigung zu Hause leben.

Sie müssen Patienten der AOK oder LKK sein. Ziel von AgiL ist es, die Neuentstehung von Krankheit und Behinderung im höheren Lebensalter zu verhindern, um langfristig schwerwiegende Krankheitskosten und auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinaus zu zögern. Die Themenschwerpunkte werden von interdisziplinären Experten aus den Bereichen Geriatrie, Ernährung, Bewegung und Sozialpädagogik in sog. Kleeblatt-Teams (Arzt, Ökotrophologe, Sozialpädagoge, Physiotherapeut) betreut.

Die Patienten erhalten in einer vierstündigen Beratung Informationen und anschließend eine individuelle Beratung. In Kleingruppen notieren die Teilnehmer ihre Gewohnheiten und Fragen und können im Anschluss Experten um Rat fragen. Innerhalb der Kleingruppen werden die Teilnehmer dann auch individuell beraten, welche Angebote zur Förderung ihrer Gesundheit oder welche Freizeitangebote für sie geeignet sind.

Im Anschluss an die Veranstaltung erhalten die Patienten dann von den Experten auf der Grundlage ihrer persönlichen Angaben und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ein umfassendes individuelles Informationspaket.

Bericht Gesundheitsausgaben 2007

Investieren in die eigene Gesundheit ist Trend

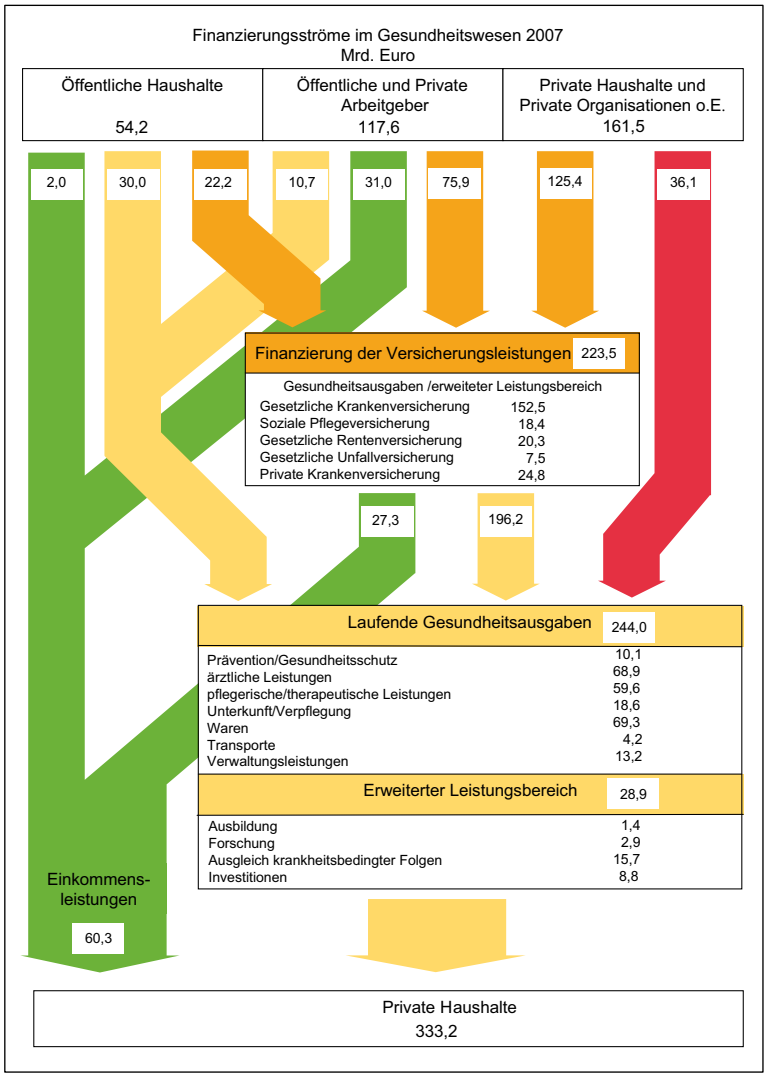
Private Haushalte in Deutschland gaben insgesamt 1,4 Mrd. Euro im Jahr 2007 in Praxen und Einrichtungen sonstiger medizinischer Berufe aus. Das gab jüngst das Statistische Bundesamt in Wiesbaden bekannt. Für Therapeuten heißt das: kontinuierliches Wachstum des Marktvolumen.

Immer mehr Menschen sind bereit, Geld in die eigene Gesundheit zu investieren. Das zeigt der Bericht zu den Gesundheitsausgaben 2007 des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden. Insgesamt 36,1 Mrd. Euro haben die privaten Haushalte zusätzlich zu ihren Krankenkassenbeiträgen direkt an die Leistungserbringer und Lieferanten im Gesundheitswesen gezahlt. Davon wurden 1,4 Mrd. Euro direkt in den „Praxen sonstiger medizinischer Berufe" ausgegeben. Zu dieser Gruppe der Leistungserbringer zählt das Statische Bundesamt nicht nur physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, sondern auch Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern.

In dieser Gruppe wurden rund 7,4 Mrd. Euro als Umsatz verbucht. Der Großteil des Umsatzes wurde dabei mit den gesetzlichen Krankenkassen gemacht (4,3 Mrd. Euro). Die PKV steuerte mit knapp unter einer Milliarde Euro einen Umsatzanteil bei, der deutlich unter den direkten Ausgaben der Bevölkerung liegt.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamts zeigen deutlich, dass die Bereitschaft der Bevölkerung, Geld in die eigene Gesundheit zu investieren, von Jahr zu Jahr zunimmt und das Marktvolumen für therapeutische Leistungen kontinuierlich wächst. *bu*

Service: Der Bericht zu den Gesundheitsausgaben kann direkt beim Statischen Bundesamt in Wiesbaden angefordert werden. praxiswissen24-Kunden können den Bericht als PDF-Datei auch bei der Hotline anfordern.



Insgesamt 36,1 Mrd. Euro haben die privaten Haushalte zusätzlich zu ihren Krankenkassenbeiträgen direkt an die Leistungserbringer und Lieferanten im Gesundheitswesen gezahlt.

kurz & knapp

Gemeinsamer Bundesausschuss bekommt Recht!
+++ Leistungen, deren medizinische Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, darf der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) streichen. Das hat das Bundessozialgericht mit einem Urteil vom 6. Mai 2009 noch einmal bestätigt. Folgt man den Argumenten der Richter und legt die Kriterien des G-BA zum Nachweis der medizinischen Wirksamkeit an den Heilmittelkatalog an, dürfte der Heilmittelkatalog vermutlich deutlich schrumpfen.

Hintergrund: Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung für etwas 70 Millionen Versicherte. Er legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Heilmittelerbringer sind im G-BA nicht vertreten. Vertreter der Patienten haben im G-BA zwar Rederecht, dürfen aber nicht mit abstimmen. *pm*

Bundesinnenministerium bestätigt:

Beihilfeberechtigte sollen zuzahlen!

Auch Beihilfeberechtigte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers Zuzahlungen leisten! Dies hat das Bundesinnenministerium auf Anfrage von unternehmen praxis noch einmal in einer Stellungnahme bestätigt und unterstützt damit die seit dem 14. Februar 2009 geltende Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Als oberster Dienstherr aller Bundesbediensteten ist das Ministerium auch maßgeblich für die Erstellung der Liste der beihilfefähigen Höchstsätze zuständig. Es sei, so schreibt die Pressestelle des Ministeriums, bereits seit langer Zeit Politik der Bundesregierung, Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - soweit dies im Hinblick auf die Strukturunterschiede der beiden verschiedenen Systeme möglich ist - wirkungsgleich auf das Beihilferecht zu übertragen. Sprich: Wenn Mitglieder in der GKV Zuzahlungen leisten müssen, dann soll das bitte auch für Beihilfeberechtigte gelten.

Die Eigenbehalte der Beihilfeberechtigten regelt die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) jetzt eindeutiger als früher. So müssen Beihilfepatienten sich in Zukunft darauf einstellen, sogar beim Heilpraktiker 10 Euro „Praxisgebühr“ von ihrem Anspruch an die Beihilfestelle abziehen zu lassen. In Zukunft werden sich Beihilfeberechtigte also noch weniger als bisher darüber aufregen können, dass sie aufgrund der Preisgestaltung der Heilmittelerbringer einen Eigenanteil werden zahlen müssen.

Beihilfefähige Höchstsätze nur Nettopreise

Damit liefert das Bundesinnenministerium gleich eine Erklärung für die korrekte Bemessung von Heilmittelpreisen: Die beihilfefähigen Höchstsätze sind lediglich Nettopreise! Der tatsächliche Preis ergibt sich erst, wenn die auch von Beihilfeberechtigten zu leistende Zuzahlung zu diesem Nettopreis hinzugerechnet wird. Die Höhe des Aufschlags auf die beihilfefähigen Höchstsätze kann man z.B. den Statistiken der Krankenkassen entnehmen. Die durchschnittliche Zuzahlung von GKV Patienten bei Verordnungen von Orthopäden betrug in 2008 rund 16 Prozent. Will man einen vergleichbaren Aufschlag auf die beihilfefähigen Höchstsätze vornehmen, so muss man ca. 19 Prozent dazurechnen!

Die damit errechneten Preise für Heilmittel würden dann dem entsprechen, was das Bundesinnenministerium in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2009 fordert: Es sei „zu berücksichtigen, dass sich Beihilfeberechtigte wie Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Zuzahlungen an den Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Leistungen von Heilmittelerbringern beteiligen müssen.“

Erfreuliche Veränderungen für Heilmittelerbringer

Nach den aktuellen Änderungen soll jetzt auch im Beihilferecht der Umfang der Beihilfe für eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich angemessene Versorgung“ präzisiert werden. Dabei orientiert sich die Bundesregierung am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, festgelegt durch den gemeinsamen Bundesausschuss. Das schlägt sich in der Liste der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel nieder, in der zwar keine Änderung der Höchstbeträge zu bemerken sind, aber dafür wichtige redaktionelle Änderungen:

1. Bei der Leistung „Krankengymnastik“ wurde der frühere Hinweis „einschließlich der erforderlichen Massage“ gestrichen. Allerdings gilt nach wie vor: Wenn KG und Massage gleichzeitig erbracht werden, sind sie nur dann erstattungsfähig, wenn sie aufgrund unterschiedlicher Diagnosestellung und einer eigenständigen Verordnung erbracht werden!
2. Die Position Manuelle Lymphdrainage ist so erweitert worden, dass sie mit dem Leistungsverzeichnis des Heilmittelkatalogs kompatibel ist. Deswegen gibt es jetzt neu auch die MLD mit einer Leistungsdauer von 60 Minuten.

bu

Service: praxiswissen24-Kunden können bei der Hotline (0800/9477360 oder kontakt@praxiswissen24.de) eine Kalkulationstabelle anfordern. Weitere Informationen zum Thema Privatpreise und Privatpreisgestaltung finden Sie auf der Internetseite www.privatpreise.de

i Zum Thema

Innenministerium erläutert

„Die Annahme, dass Beihilfeberechtigte keine Zuzahlungen zu leisten haben, entspricht grundsätzlich nicht der Rechtslage der Bundesbeihilfeverordnung. Für den Bereich der Heilmittel gilt allerdings, dass zu diesen Aufwendungen formal keine Zuzahlungen erfolgen, weil die von den Beihilfeberechtigten zu tragenden Eigenbehalte bereits bei der Festlegung der Höchstbeträge berücksichtigt sind. Die Höchstsätze für Heilmittel in der Bundesbeihilfeverordnung beinhalten daher bewusst keine vollständige Kostendeckung. Der den beihilfefähigen Höchstbetrag übersteigende Betrag entspricht somit der Eigenbeteiligung des Beihilfeberechtigten. Damit wird im Beihilferecht ein anderer Weg als in der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt, wo die von den Krankenkassen zu zahlenden Kosten festgelegt und hierzu Zuzahlungen zu entrichten sind. Bei einem Vergleich der Leistungsentgelte beider Systeme müsste daher zu den Höchstbeträgen der beihilfefähigen Aufwendungen immer ein Eigenbehalt in vergleichbarer Höhe wie die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hinzugerechnet werden.“

AOK: „Kein Regelungsbedarf für Ost-West-Angleich“

Die Gebührenverhandlungen der vier physiotherapeutischen Berufsverbände (IFK, VDB, VPT und ZVK) mit den AOK-Verbänden Ost scheiterten am 12. Mai 2009 mit einem Eklat. Anlass war die Erklärung des AOK-Verhandlungsführers, die AOK sehe in der zentralen Verhandlungsfrage, dem Ost-West-Angleich, „keinen Regelungsbedarf“. Damit gab es für die Physiotherapieverbände keine Gesprächsgrundlage mehr. Ein Interessenausgleich muss nun erstmals in Schiedsverfahren nach §125 Abs. 3 SGB V gefunden werden.

Die letzte Gebührenvereinbarung mit der AOK-Ost ist zum 30. September 2006 ausgelaufen. Seitdem warten die freiberuflichen physiotherapeutischen Praxen auf eine Gebührenerhöhung. Das letzte Angebot der AOK für den Zeitraum ab 1.7.2009 entsprach in etwa dem Grundlohnsummenausgleich seit 2006 und hätte damit lediglich unterlassene Vergütungserhöhungen nachgeholt. Die Differenz zwischen Ost- und Westvergütungen liegt bei den AOKen der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen jedoch bei etwa 25%. Diesen wirtschaftlich für die Praxen nicht länger tragbaren Zustand nachhaltig zu ändern, ist das klar festgelegte Ziel der Berufsverbände IFK, VDB, VPT und ZVK.

Die finanziellen Voraussetzungen hierfür hat der Gesetzgeber geschaffen: Die Krankenkassen Ost erhalten seit dem 1.1.2009 aus dem Gesundheitsfonds deutlich höhere Zuweisungen als bisher, verbunden mit dem politischen Auftrag, eine Anpassung der Ost-West-Vergütungen auf dem Verhandlungswege vorzunehmen.

pm

Bundesverwaltungsgericht: Aus für „Zuzahlung, nein Danke“-Mentalität?

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat jetzt entschieden, dass auch Beamte und ihre beihilfeberechtigten Familienangehörigen die sogenannte Praxisgebühr in Arztpraxen zu zahlen haben. Damit wird die Rechtsauffassung des Bundesinnenministeriums bestätigt, die auch für die Heilmittelbehandlung eine Eigenbeteiligung für Beihilfeberechtigte vorsah, die den Zuzahlungen der GKV entspricht.

Die Auseinandersetzungen mit manchen Beihilfepatienten über eine Eigenbeteiligung kennen viele Heilmittelpraxen schon seit Jahren: „Zuzahlung, nein Danke“ scheint das Motto vieler Beamter zu lauten. Und das, obwohl das Bundesinnenministerium schon im Februar 2004 eine Pressemitteilung veröffentlicht hatte, in der es seine Rechtsauffassung deutlich machte: „Die Höhe der Beträge und die Tatbestände entsprechen den Zuzahlungen der GKV. Das heißt: ... Heilmittel: Eigenbeteiligung durch die Differenz zwischen den (nicht kostendeckenden) Höchstbeträgen und den tatsächlichen Kosten.“

Viele Therapeuten verzichten auf Eigenbeteiligung

Viele Praxisinhaber setzten auch heute – nach fünf Jahren – diese Maßgabe des obersten Dienstherren der Bundesbeamten nicht wirklich um und verzichten auf die Eigenbeteiligung der Beamten. Unnötigerweise, wie man jetzt an der Entscheidung des Gerichts zum Thema Praxisgebühr sehen kann. Dabei erging die Entscheidung des Gerichts auf der Grundlage der in den Jahren 2004 bis 2007 anzuwendenden Beihilfevorschriften des Bundes. Wie auch nach heutigem Recht wurde die Beihilfe für ambulante ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich um 10 € je Quartal je Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gekürzt.

Das Oberverwaltungsgericht Münster hatte zwei gegen diese Regelung gerichteten Klagen stattgegeben. Zur Begründung hieß es, die Regelung verstoße gegen Verfassungsrecht. Dieser Rechtsauffassung ist das Bundesverwaltungsgericht jetzt entgegen getreten.

Keine Diskussion mehr mit Beihilfepatienten

Gebührenübersicht für Therapeuten als Argumentationshilfe

Die von Buchner & Partner vor zwei Jahren veröffentlichte Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh), liefert inzwischen bereits in der 3. Auflage zusätzlich zu diesem Gerichtsurteil eine fundierte Argumentationshilfe für Preisdiskussionen mit Beihilfepatienten. *bu*

Service: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts Az. 2 C 127.07 und 2 C 11.08 - Urteile vom 30. April 2009

Interview mit dem Interessenvertreter der Patienten

Ein guter Therapeut muss verdienen!

Therapeuten fällt es häufig schwer, neben dem therapeutischen auch einen betriebswirtschaftlichen Gewinn für sich zu rechtfertigen. Woran liegt´s? Fakt ist, Praxisinhaber sind Unternehmer und müssen einen betriebswirtschaftlichen Gewinn erzielen. Die „Kunden" sind in diesem Fall die Patienten, und die gilt es zu binden. Wie sehen Patienten den Spagat zwischen Therapie und Dienstleistung? Heidi Kohlwes fragte beim Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten Wolfram-Arnim Candidus nach.

? Herr Candidus, Sie setzen sich in Ihrer täglichen Arbeit für die Interessen der Patienten ein. Was erwarten Patienten von einem guten Therapeuten?
Ein guter Therapeut sollte zufrieden und ausgeglichen sein. Er sollte nicht gerade in einem angespannten Lebensumfeld leben und sich keine Sorgen um seine persönliche Existenz machen müssen. Ansonsten wird er nämlich nicht in der Lage sein, sich voll und ganz dem Patienten zu widmen.

? Die Qualität der Behandlung ist für Patienten also nicht alles?
Ganz sicher. Patienten wünschen sich vor allem, dass sie freundlich und harmonisch aufgenommen werden. Sie möchten, dass man ihnen Zeit zukommen lässt in einem Ambiente, was nicht gerade hochmodern sein muss aber sauber sein sollte. Das Umfeld in dem die Therapie stattfindet, ist ganz entscheidend. Patient und Therapeut sollten sich gleichermaßen wohl fühlen. Das bedeutet, Therapeuten müssen in ihre Praxis investieren. Wenn sie dazu nicht in der Lage sind, weil sie nicht ausreichende Gewinne machen, dann wird die Qualität der Therapie auch abnehmen.

? Vielen Therapeuten geht es in erster Linie um die Therapie, was auch gut und richtig ist. Aber ist das überhaupt vom Patienten so gewollt? Wird in Zukunft nicht auch die Serviceleistung ein wichtiger Punkt für die Praxiswahl?
Natürlich ist das wichtig. Im gesamten Gesundheitssystem muss der Fokus stärker auf die Nutzerorientierung gelegt werden. Der Patient muss im Vordergrund stehen und darf nicht als „notwenniges Übel" behandelt werden. Es kann zum Beispiel nicht sein, dass ein Patient bei jeder Therapiestunde einen neuen Therapeuten bekommt. Auch die Öffnungszeiten sind im Gesundheitswesen eine Katastrophe. Warum kann ein Therapeut nicht wenigstens zwei Mal die Woche bis 22 Uhr aufhaben? Berufstätige Menschen haben nun mal tagsüber keine Zeit. Wenn man gezwungen ist, in der Mittagspause zum Therapeuten zu hetzen, wird sich das mit Sicherheit auch auf den Behandlungserfolg auswirken.

»Therapeuten sollten sich nicht schämen, wenn sie gut verdienen«

? Warum ist für Therapeuten das Umdenken hin zur Nutzerorientierung so schwierig?
Das kommt aus der Entwicklung unseres Landes heraus. Alles, was Dienstleistung ist, wird in Deutschland nach wie vor als „dienen" angesehen. Und wer dient, der muss nicht „verdienen". Deswegen meint man auch immer, dass die „dienenden Berufe" nicht verdienen müssen. Allerdings ist das die völlig falsche Einstellung. Therapeuten sollten sich nicht schämen, wenn sie gut verdienen, sondern lieber investieren und noch besseren Service anbieten. Das traditionelle Denken muss aus den Köpfen raus.

? Müssen auch die Patienten umdenken und Leistungen selbst einfordern?
Der Patient ist geduldig. Wir kriegen als Verband kaum Beschwerden über Wartezeiten und unfreundliches Behandeln. Das hat seinen Grund, denn in dem Moment, wo der Patient das Gesundheitssystem in Anspruch

nimmt, ist er psychosomatisch eingeschränkt. Er hat Schmerzen und möchte die wieder loswerden. Er bekommt Informationen, kann diese aber nicht verarbeiten. Und in dieser Situation soll er sich jetzt noch wehren? Tut er nicht. Der ist froh, dass er überhaupt behandelt wird und hofft, dass er schnell wieder raus kommt und keine Schmerzen mehr hat.

? Sind hier die Therapeuten gefordert oder Sie als Interessenvertretung?
Unsere Aufgabe ist es, die Patienten aufzuklären, was sie selber tun können, was sie fordern können und dass sie in den Dialog gehen sollen. Aber das ist natürlich vom System her nicht gewünscht. Bildung in Bezug auf Gesundheit und Prävention wird nicht nur eingegrenzt. Bildung in Deutschland konzentriert sich nur auf die Zahlung eines Versicherungsbeitrages. Da ist Aufklärung mehr als dringend nötig. Und zwar nicht nur von uns, sondern auch von Ärzten und Therapeuten.

? Therapeuten sollen die Patienten darüber aufklären, dass sie mehr Rechte haben als den Versicherungsbeitrag zu zahlen? Ist das nicht selbstverständlich?
Offenbar nicht. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: eine am Niederrein lebende Frau, verwitwet, 82 Jahre, geht zum Hausarzt, und der sagt ihr, integrierte Versorgung wäre für sie genau das Richtige. Er vergisst nur leider zu erklären, was integrierte Versorgung bedeutet. Diese Frau wird völlig eingeschüchtert und sagt zu allem Ja und Amen. Die Berufsgruppen und Institutionen müssen in die Lage gebracht werden, das Wissen zu vermitteln und so den Patienten mündig machen. Das ist nicht nur zum Nutzen der Patienten sondern auch zu ihrem eigenen Nutzen. Man nennt das heute auch neudeutsch Public Relation und Kundenbindung.

»Aufklärung führt zu Kundenbindung«

? Kundenbindung kann man zum Beispiel auch durch Selbstzahlerangebote schaffen, die den Patient auch nach der Therapie an die Praxis binden können. Aber sind die Patienten auch bereit, für ihre Gesundheit selber in die Tasche zu greifen?
Das ist vor allem eine Einkommensfrage. Patienten mit einem hohen Einkommen nehmen diese Leistungen immer mehr in Anspruch. Sozial schwache Patienten dagegen haben einfach nicht das Geld dafür. Aber auch die Therapeuten müssen ihre Angebote gut auswählen. Praxisinhaber sollten immer davon überzeugt sein, dass sie diese Leistung auch ihrem besten Freund anbieten wollen. Wenn man da sagen kann, ja, würde ich tun – prima. Dann kann man das auch den Patienten anbieten. Aber der Therapeut sollte das Angebot immer ausführlich erläutern und den Patienten nicht unter Druck setzen. Außerdem sollte man keinen Ramschladen aufmachen und einfach alles anbieten. Die Selbstzahlerleistung sollte zum restlichen Praxisangebot passen.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten Wolfram-Armin Candidus kennt die Wünsche der Patienten.

? Gewinne können Therapeuten also nicht nur durch qualitativ hochwertige Arbeit erzielen, sondern auch durch Aufklärung, gezielte Angebote und Serviceleistungen?
Genau. Kein Therapeut sollte sich schämen, wenn er Gewinn macht. Ganz im Gegenteil. Gewinn spricht ja für eine gute Umsetzung aller angesprochenen Punkte. Nur leider hapert es noch an vielen Stellen. Wir als Verband wünschen uns da eine noch bessere Zusammenarbeit mit den Heilmittelerbringern zum Wohle des Patienten und zum Wohle der Therapeuten.

Service: DGVP, Postfach 1241, 64630 Heppenheim, Telefon: 06252/ 94298-0, Telefax: 06252/ 94298-29, www.dgvp.de, E-Mail: info@dgvp.de

i Zum Thema

Die deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) ist eine unabhängige und überparteiliche Interessenvertretung der Bürger im Gesundheitswesen. Sie wurde 1989 als gemeinnütziger Verein gegründet und ist mit Einzelmitgliedern und Mitgliedsverbänden aus der Selbsthilfe rund 35.000 Stimmen stark.

Ziele sind u.a. die Verbesserung der Patientenrechte, Mitbestimmung, Information und Transparenz im Gesundheitswesen, sowie die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung.

Vorsicht vor Offertenschwindel

Praxisinhaber oft Opfer von windigen Firmen

Niedergelassene Ärzte sowie Chefs von Physiotherapie- oder anderen Praxen sind keine Verbraucher – jedenfalls nicht vor dem Gesetz. Deshalb sind sie oft Opfer von sogenannten Offertenschwindel, da sie versehentlich eingegangene Verträge nicht widerrufen können. Experten raten: Ruhe bewahren!

Eine Ärztin aus Niedersachsen hatte einen angeblich kostenlosen Eintrag in ein „Regionales Branchenbuch" als Fax an das „Verlagshaus Wagner" in Kösching unterschrieben zurückgeschickt. „Die Grundeintragung Regionales Branchenbuch ist kostenlos" stand groß auf dem Formular. Im Kleingedruckten wies der Absender allerdings darauf hin, dass ein „hervorgehobener Eintrag" 990 Euro kostet. Auch die Ärztin hatte geglaubt, nur einen kostenlosen Eintrag mit ihrer Unterschrift zu befürworten. Weit gefehlt. Inzwischen hat sie die zweite Mahnung erhalten.

Ähnlich rigoros gehen auch andere Firmen vor, wie etwa die „Gewerbeeintrag-Zentrale". „Die weitere Aktualisierung der Daten erfolgt kostenfrei", heißt es in großen Lettern auf dem Fax. Dass der so genannte Basiseintrag aber „zzgl. USt 48,50 Euro" kostet, findet sich erst im Kleingedruckten und wird vom Kunden leicht überlesen.

„Das Ganze ist Nepp"

Laut Verbraucherzentrale handelt es sich bei den Angeboten des Hauses Wagner oder der Gewerbeeintrag-Zentrale um windige Geschäfte, um so genannten Offerten- oder Adressbuchschwindel. Dabei wird den Kunden suggeriert, dass seine Fax-Antwort nur der Überprüfung oder Korrektur eines schon vorhandenen Eintrages dient. Es wird also eine bestehende Geschäftsbeziehung vorgetäuscht. Tatsächlich locken die Geschäftemacher die Betroffenen aber in eine Falle. „Das Ganze ist Nepp", urteilt denn auch der Medizinrechts-Berater Lovis Wambach von der Bremer Verbraucherzentrale. In der Regel machen die Firmen nach der ersten Mahnung weiter Druck, drohen mit Anwälten oder Klage, und Inkassobüros schreiben geharnischte Briefe. Ihr Argument: Der Kunde sei mit seiner Unterschrift einen Vertrag eingegangen.

Oft haben die Firmen mit ihrer Strategie Erfolg. Bei Rechnungsbeträgen zwischen 400 und 1000 Euro schätzt Peter Solf vom deutschen Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität (DSW) den jährlichen Schaden auf einen „dreistelligen Millionenbetrag". „Besonders betroffen sind kleine und mittelständische Betriebe und Betriebe in der Gründungsphase", sagt Solf, „denn sie haben oft mit viel Papierkram zu kämpfen, und oft geht die Rechnung der Offertenschwindler ungeprüft durch die Bücher und wird einfach überwiesen." Besonders Praxischefs würden von den einschlägigen Firmen angeschrieben.

Das Problem für die Selbstständigen besteht darin, dass sie den angeblichen Vertrag mit den Branchenbuch-Firmen nicht einfach widerrufen können, denn sie gelten vor dem Gesetz nicht als Verbraucher, sondern als Unternehmer. Und als solche haben sie kein Widerrufsrecht.

Nicht zahlen und ruhig bleiben

Solf und Wambach empfehlen, auf keinen Fall zu zahlen. Besser sei es, dem Drängen der Firmen noch vor Ablauf eines Jahres nach Erhalt der Rechnung mit einer schriftlichen Anfechtung wegen arglistiger Täuschung zu begegnen – und dann abzuwarten. „Es ist selten, dass die Betroffenen tatsächlich verklagt werden", sagt Solf. Solche Klagen der Firmen haben nicht die besten Chancen, meint auch Wambach, „erstens, weil nachgewiesen werden muss, dass beide Vertragspartner wissentlich in die Zahlungsverpflichtung eingewilligt haben und zweitens, dass Preis und Leistung in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Das ist oft nicht der Fall". Zwar sei es schwer, die Ruhe zu bewahren, wenn Inkasso-Unternehmen mit Anrufen, Auflistung von Prozessgebühren oder Androhung von Schufa-Einträgen ihren Druck entfalten. Aber Solf empfiehlt: „Cool bleiben."

Anders verhält es sich bei einer zweiten Variante des Offertenschwindels, und zwar dann, wenn das Opfer nicht nur unterschrieben, sondern bereits gezahlt hat. „Wie gesagt: Oft kommt ein Zahlungsvordruck ins Haus und wird arglos von der Buchhaltung beglichen", sagt Solf", „dann wird es schwierig." Der Anwalt empfiehlt, so schnell wie möglich die eigene und die Empfängerbank anzurufen, um die Überweisung rückgängig zu machen. „Das hat Chancen", sagt Solf, „denn auch die Empfänger-Banken haben ungern schwarze Schafe unter ihren Kunden." Die Erfolgsaussichten sind insgesamt aber gering. „Das gezahlte Geld ist wahrscheinlich weg", meint Solf. Wer es darauf ankommen lassen will, braucht einen Anwalt, Zeit und Geld, um den Betrag zurück zu erstreiten.

In Österreich bereits verboten

Auch in Brüssel hat man die Aktivitäten der Branchenbuch-Schwindler bemerkt. Vor neun Monaten hat der Petitionsausschuss des EU-Parlaments bereits größere Anstrengungen im Kampf gegen den Offertenschwindel angemahnt. Der Ausschuss begrüßt in seinem Berichtsentwurf vom September 2008 das Beispiel Österreichs, das irreführende Adressbücher verboten hat, „sofern potentielle Kunden nicht unmissverständlich und durch eindeutige grafische Mittel davon in Kenntnis gesetzt werden, dass es sich bei solcher Werbung lediglich um ein Vertragsangebot gegen Bezahlung handelt", so der Ausschuss. In Deutschland hilft bisher nur eines: genau lesen und dann wegwerfen.

ben

Kliniken suchen Dialog mit Praxisbetreibern

Die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gehört in vielen Regionen heute zum Alltag. Dabei zeigt sich, dass neben Kliniken besonders niedergelassene Ärzte als Betreiber von MVZ eine wichtige Rolle spielen. Sie haben es sogar geschafft, dass Kliniken die Bedenken der Praxisbetreiber berücksichtigen.

„Mehr als nur Medizin“: Mit diesem Slogan wirbt das MVZ Europapassage Hamburg für sein gerade eröffnetes Nobel-MVZ in einer der größten Einkaufspassagen der Hansestadt. „Medizin und Service auf höchstem Niveau“ verspricht das MVZ, das neben den medizinischen Schwerpunkten Inneres, Chirurgie und Orthopädie, Gastroenterologie und Ernährungsmedizin auch Prävention, Check-Ups und Gesundheitsberatungen anbietet.

Zusammenarbeit zwischen MVZ und Arztpraxen stärken

Das MVZ ist das erste der RegioKliniken-Gruppe in Hamburg, die im Umland der Metropole bereits acht weitere MVZ um seine Krankenhäuser in Wedel, Elmshorn und Pinneberg herum gruppiert hat. Die Expansion hat viele niedergelassene Ärzte in der Region auf den Plan gerufen. Die Begründung der Klinik „Wenn wir es nicht machen, machen es andere“ reichte den Praxisinhabern nicht aus. Die in Netzen organisierten Ärzte ließen durchblicken, dass es Alternativen zur Einweisung gibt. Inzwischen versuchen die RegioKliniken, ihre MVZ im Einvernehmen mit den Praxisinhabern zu betreiben. Der kaufmännische Direktor Lars Timm spricht von einem „permanenten Dialog“, den insbesondere die Klinikärzte mit ihren Kollegen in den Praxen führen sollen. Angestrebt werden gemeinsame Fallbesprechungen, das Erarbeiten von Leitlinien, Zusammenarbeit in der prä- und poststationären Versorgung und gemeinsame Patientenseminare.

Nicht nur die RegioKliniken haben erkannt, dass MVZ gegen den Widerstand von Praxisinhabern eher schaden als nutzen. Auch an anderen Standorten versuchen Kliniken, ihre Patientenzuweisungen über MVZ zu steuern und damit in die ambulante Versorgung einzudringen, ohne sich den Zorn der niedergelassenen Ärzte zuzuziehen. Das gelingt schon deshalb nicht immer, weil die dafür notwendigen Kassenzulassungen in vielen Regionen begehrt und damit teuer sind. Folge: Junge niederlassungswillige Ärzte können die Zulassungen nicht mehr zahlen.

56 Prozent der MVZ unter Leitung von Vertragsärzten

Für Therapeuten bedeutet das: Sie müssen sich zunehmend darauf einstellen, dass Verordnungen häufiger aus MVZ als aus Praxen kommen werden. In den bundesweit 1.088 zugelassenen MVZ arbeiteten zum Jahresende 4.803 Ärzte, davon 3.573 als Angestellte. Durchschnittlich sind vier Ärzte in einem MVZ beschäftigt, meistens Hausärzte und Internisten. MVZ sind aber keineswegs eine Domäne der Krankenhäuser. Rund 56 Prozent der MVZ werden von Vertragsärzten betrieben. Das könnte sich ändern, wenn die schon heute sechsstelligen Preise für kassenärztliche Zulassungen wegen der hohen Nachfrage durch Klinik-MVZ weiter steigen. Wie lange die Krankenhäuser dafür noch den finanziellen Atem haben, ist allerdings unklar. Einen Tag nach Eröffnung des schicken MVZ in Hamburg mussten die RegioKliniken in der Bilanzpressekonferenz rote Zahlen einräumen. *di*

In Zukunft werden häufiger Verordnungen aus MVZ kommen.

Stress im Job geht aufs Kreuz

Nicht nur körperliche Belastungen gehen auf Dauer aufs Kreuz – auch Stress im Job kann Rückenschmerzen verursachen. Und darüber klagen auch viele Therapeuten. Zu diesem Ergebnis kommt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

„In vielen Studien hat sich gezeigt, dass es bestimmte psychosoziale Belastungen gibt, die Rückenschmerzen auslösen oder verstärken können“, betont Dr. Albert Nienhaus, der BGW-Experte für Präventions- und Rehabilitationsforschung in der Arbeitswelt. Stress führe zu höherem Muskeltonus mit schmerzhaften Verspannungen, weiß der Arbeitsmediziner. Und Muskel-Skelett-Erkrankungen seien nach dem BARMER Gesundheitsreport 2009 inzwischen der häufigste Grund für krankheitsbedingte Fehltage (23,7 Prozent).

Mit zunehmender Unzufriedenheit im Berufsalltag würden Schmerzen stärker wahrgenommen. „Arbeiten unter hohem Zeitdruck und undurchsichtige Betriebsabläufe gehören ebenso dazu wie geistige Überforderung“, meint Dr. Nienhaus. Aber auch Unterforderung, Monotonie und geringer Einfluss auf die Arbeit könne zu Rückenschmerzen führen. „Akkord fördert Stress“, sagt der BGW-Experte und nimmt Bezug auf das Stress-Modell nach Karasek & Theorell. Eine erfolgreiche Präventionsstrategie sei es, den Handlungsspielraum am Arbeitsplatz zu erhöhen.

Daher sei es zwar wichtig, am Arbeitsplatz ergonomische Verbesserungen vorzunehmen. „Darüber hinaus sollte aber auch darauf geachtet werden, dass kein Nährboden für psychosoziale Belastungen entsteht“, betont Dr. Nienhaus. Das heißt, die Beschäftigten sollten bei der Arbeitsgestaltung ein Mitspracherecht erhalten, um für ein gutes Betriebsklima zu sorgen.

Die BGW als gesetzliche Unfallversicherung für Gesundheitsberufe hält für ihre Mitglieder besondere Instrumente bereit, um stressbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Mit einem Fragebogen können etwa die psychosozialen Belastungen in der Kranken- und Altenpflege ermittelt werden. So lässt sich Arbeitsstress bereits erkennen, bevor er Schaden anrichtet. *ks/pm*

BKK zahlt Erfolgshonorar für Rückenpatienten

Bonushonorar für den Behandlungserfolg: Diesen in Deutschland ungewöhnlichen Weg haben ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam des Hamburger Rückenzentrums Am Michel und die Betriebskrankenkassen eingeschlagen. Auch der Patient wird bei diesem Konzept stärker in die Verantwortung genommen.

Das Behandlungskonzept richtet sich an Patienten mit lang andauernden Rückenschmerzen. Sie müssen aktuell seit fünf Wochen arbeitsunfähig oder innerhalb eines Jahres mindestens acht Wochen (bzw. innerhalb von zwei Jahren zwölf Wochen) krankgeschrieben sein. Das Behandlungsteam besteht aus einem Orthopäden oder Anästhesisten, einem Psychotherapeuten mit schmerztherapeutischer Zusatzqualifikation und einem Physiotherapeuten. Sie arbeiten bei Diagnose und Therapie eng zusammen, übernehmen alle körperlichen und psychischen Untersuchungen, bestimmen das Therapiekonzept und sind auch in die Nachbehandlung involviert, wenn diese erforderlich ist. Je nach Schweregrad umfassen die Therapiepläne 16 bis 20 Behandlungstage über mehrere Wochen. Der Patient leistet zu Beginn der Behandlung eine Zuzahlung von 150 Euro, die ihm aber nach vollständiger Teilnahme am Therapiekonzept erstattet werden.

Motivation für schnellen Behandlungserfolg

Neben der Vergütung für die erbrachten Leistungen in Form von Komplexpauschalen erhält das Zentrum einen einmaligen Bonus in Höhe von 10 Prozent der Komplexpauschale, wenn es gelingt, den Patienten aus der Arbeitsunfähigkeit zu holen. Damit wird das Behandlungsteam mehrfach für einen schnellen Behandlungserfolg motiviert. Bei Misserfolg muss zunächst nachbehandelt werden. Da die Vergütung über eine Komplexpauschale erfolgt, trägt das Team das Risiko. Zugleich entfällt oder verzögert sich das Bonushonorar bei Ausbleiben des Erfolgs. *di*

Statistisches Bundesamt

Wie viel Gewinn machen Heilmittelpraxen in Deutschland?

Das Statische Bundesamt hat die Ergebnisse einer Befragung zur Kostenstruktur bei Massagepraxen, Praxen von medizinischen Bademeistern, Krankengymnasten, Hebammen sowie von verwandten Berufen für das Berichtsjahr 2006 veröffentlicht. Praxisinhaber können daraus Schlüsse für die eigene Umsatzgröße ziehen.

In dem Bericht zur „Kostenstruktur bei Einrichtungen des Gesundheitswesen“ werden detaillierte Angaben zum Umsatz, zu den in den Praxen tätigen Personen und zur Kostenstruktur der Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgelegt. Diese sind nach Umsatz- und Beschäftigtengrößenklassen gegliedert.

Arbeitsleistung einberechnen

Praxisinhaber werden in diesem Bericht zwar als Arbeitskraft mitgezählt, doch die Kosten für die Inhaber werden nicht mit erfasst. Das erklärt, warum Praxen mit niedrigerem Umsatz im Schnitt nur rund 53 Prozent Kosten haben, Praxen mit einem Umsatz von über einer Million Euro jedoch auf Kosten von über 80 Prozent kommen. Während bei den Praxen mit weniger Umsätzen die Arbeitsleistung der Inhaber noch eine große Rolle spielt, geht der Anteil der therapeutischen Arbeit der Inhaber mit zunehmender Umsatzgröße vermutlich zurück.

Umsatzgröße vergleichen

Leider ist es den Statistikern nicht gelungen, einen umfassenden Überblick über alle Praxen zu erhalten. Die hochgerechneten Umsätze beispielsweise bleiben deutlich unter den von den Krankenkassen gemeldeten Umsätzen mit Heilmittelerbringern.

Deshalb liefert der Bericht nur einen groben Überblick. Trotzdem ermöglicht er jeder Heilmittelpraxis für die eigene Umsatzgröße, Kostenanteile und Gewinne zu vergleichen. Und der Gewinn schwankt von einem Mittelwert in Höhe von 32.000 Euro bei den kleinsten Praxen, bis hin zu einem mittleren Gewinn von 270.000 Euro bei Praxen, die mehr als 1 Million Euro Umsatz machen. *bu*

Service: Der vollständige Bericht des Statistischen Bundesamtes kann von der Internetseite: www.destatis.de heruntergeladen oder bei der Hotline als PDF-Datei angefordert werden.

	Umsatz	Personalkosten	Sonstige Kosten	Gewinn
17.500 - 100.000 ...	69.500 €	17.467 €	20.051 €	31.982 €
100.000 - 250.000 ...	162.700 €	57.965 €	37.355 €	67.380 €
250.000 - 500.000 ...	318.100 €	133.090 €	67.319 €	117.691 €
500.000 - 1.000.000 ...	589.300 €	289.856 €	106.070 €	193.373 €
1.000.000 und mehr ...	1.427.700 €	799.987 €	357.385 €	270.328 €

Eingriff in Berufsgesetze und Kompetenz des G-BA

Keine Angst vor Leitlinien der Kinderärzte

Unter dem Titel „Leitlinien des BVKJ- [Regionalverband] zur Verschreibung von Heilmitteln" hat ein Regionalverband des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. in einer Leitlinie „die Voraussetzungen und Abläufe zur Verschreibung von Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie" beschrieben. Rechtlich ist ein solches Dokument weitestgehend wertlos.

Mit solchen „Leitlinien" oder „Kooperationsverträgen" treten die Verbände an Ärzte und Heilmittelerbringer heran, um die Regressgefahr für ihre Mitglieder zu minimieren. Darin berufen sich die Autoren auf die Heilmittelrichtlinien und kauen längst Bekanntes wider. Die Hürden für Folgeverordnungen werden aber deutlich höher gelegt, als dies im Heilmittelkatalog vorgesehen ist. Damit sollen den Kinder- und Jugendärzten Argumente gegeben werden, um Folgeverordnungen nicht ausstellen zu müssen. Nicht nur Heilmittelpraxen sind über diese sogenannte Leitlinie verärgert, auch zahlreiche Kinderärzte finden die Bemühungen ihres Verbands unsinnig.

Selbstgesetzte Ansprüche nicht erfüllt

Zum einen erfüllen die Autoren die selbst gesetzten Ansprüche an eine Leitlinie nicht. Für die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) sind Medizinische Leitlinien nach einer Definition der WHO „systematisch entwickelte Feststellungen (statements) zur Unterstützung der Entscheidungen von Ärzten und Patienten für eine angemessene Gesundheitsversorgung unter klinischen Umständen (situations)". Die Leitlinie des BVKJ lässt weder eine systematisch entwickelte Feststellung erkennen noch trifft der BVKJ verbindliche Aussagen über eine angemessene Gesundheitsversorgung. Denn das ist im deutschen Gesundheitssystem ausdrücklich dem G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) vorbehalten – und der hat sich mit dem Heilmittelkatalog bereits eindeutig festgelegt.

Keine rechtlich bindende Wirkung

Zum anderen hilft diese Leitlinie den betreffenden Kinderärzten überhaupt nicht. Die DGSPJ formuliert die Verbindlichkeit von Leitlinien, wie folgt: „Sie [die Leitlinien] gelten nicht als definitive Festlegungen, sondern geben die aktuell gültigen Rahmenbedingungen an, ohne die ärztliche Therapiefreiheit in Frage zu stellen." Eine rechtlich bindende Wirkung haben Leitlinien somit nicht.

Wenn Prüfungsausschüsse schon den Regelfall des Heilmittelkatalogs nicht zwingend als wirtschaftlich ansehen wollen, warum sollten sie dann eine vermeintliche Leitlinie eines privaten Zusammenschlusses von Kinderärzten als relevant für die Beurteilung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise ansehen?

Ein anderer Zusammenschluss von Kinderärzten setzt auf Kooperationsvereinbarungen mit Heilmittelerbringern. Inhaltlich zusammengefasst müssen die Heilmittelerbringer unterschreiben, dass „Heilmittelverordnungen nur aufgrund einer ärztlichen festgestellten Erkrankung erfolgen". Die Heilmittelerbringer sollen das tun, was im Heilmittelkatalog ohnehin schon festgeschrieben ist und mit den Kinderärzten mehr und besser kommunizieren. Also im Grunde nichts Neues.

Problematische Einschränkung

Problematisch erscheint ein Absatz über die Einschränkung der therapeutischen Befunde: „Die den ärztlichen Befund ergänzende Befunderhebung des Heilmittelerbringers wird nur in dem Umfang durchgeführt, wie es für das Verständnis der Störung und die Formulierung der Therapieziele notwendig ist." Das ist rechtlich gesehen ein glatter Eingriff in die Berufsgesetze der jeweiligen Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten. Die Frage bleibt, was haben die Therapeuten davon, eine solche Vereinbarung zu unterschreiben? Als „Partner, mit denen Kinderärzte gerne und erfolgreich zusammenarbeiten" werden sie im Internet und bei den Kinderärzten benannt. Wichtiger scheint hier wohl die unterschwellige Drohung: Wenn Du Heilmittelerbringer nicht unterschreibst, werden wir Dir keine Patienten zuweisen.

Mehr Erfolg durch bessere Kommunikation

Ganz gleich ob Leitlinien oder Kooperationsvereinbarung, die Organisationen der Kinder- und Jugendärzte versuchen, die Versorgung der Kinder mit Heilmittel zu minimieren. Rechtlich sind solche Papiere das Papier nicht wert, auf dem sie gedruckt werden. Im Prinzip könnte eine rechtsfähige Gruppe von Heilmittelerbringern sogar versuchen, im Rahmen einer einstweiligen Verfügung Rechtsmittel gegen die Verbreitung solcher Dokumente einzulegen. Der Erfolg einer solchen Aktion wäre nach Ansicht mehrerer Fachanwälte ziemlich wahrscheinlich.

Noch mehr Erfolg verspricht die bessere Kommunikation mit den einzelnen Kinderärzten vor Ort. Über ein angemessenes Berichtswesen können die Verordnungen der Ärzte wesentlich besser vor Regressen geschützt, werden als durch private Leitlinien oder Kooperationsvereinbarungen. Gemeinsame Absprachen schützen besser vor Honorarkürzungen, als einseitig diktierte Vorgaben eines Verbandes. (siehe dazu auch unsere Artikel zum Thema Heilmittelregress in unternehmen praxis 03/2009)

Solche Vereinbarungen mit Ärzten kann man übrigens getrost unterschreiben, denn erstens sind sie vermutlich nicht rechtswirksam und zweitens kann man jederzeit kündigen.

bu

Amerikanisches Fitness-Training in Hamburg

Nia bringt den Körper schonend in Schwung

Nia ist ein ganzheitliches Fitness-Training aus Amerika. Die Physiotherapeutin Andrea Rittich hat das Bewegungskonzept mit der Therapie verbunden. Seit zehn Jahren bietet sie in Hamburg Nia Kurse als Selbstzahlerleistung an: Beckenboden– und Wirbelsäulengymnastik einmal anders.

Frisch, fromm, fröhlich, frei. Die Turnhalle in Hamburg Harburg versprüht leicht verstaubten Turnvater-Jahn-Charme. Andrea Rittich lässt sich davon nicht beeindrucken. Gelassen zieht sie die CD aus ihrer Sporttasche und legt sie in den CD-Player. In Gedanken bereitet sie sich schon auf die kommende Nia-Stunde vor, geht noch einmal genau Musik und Bewegungen im Kopf durch. Wie immer macht sich ein leichtes Kribbeln der Vorfreude im Bauch breit. „Das habe ich vor allen Stunden", lacht die Physiotherapeutin. Für sie bedeutet jede Nia-Stunde Spaß pur. Auch nach zehn Jahren ist das noch so. Während die ersten Teilnehmer plaudernd in die Halle schlendern, erklärt Andrea Rittich den Unterschied von Nia zu anderen Trainingsmodellen: „In Nia geht es nicht darum, irgendein Leistungsziel zu erreichen oder mit Schmerzen zum Ziel zu kommen. Es geht darum, die Bewegungen so zu machen, dass der Körper daran wachsen kann und dass seine Leistungsfähigkeit den individuellen Möglichkeiten nach gefördert wird."

Nia steht für „Neuromuscular Integrative Action". Das bedeutet soviel wie „alle Sinne umfassende Bewegungen, die Muskeln, Nerven und Sinne stärken". In den 80er Jahren wurde Nia in Amerika von Debbie Lynn Bender und Carlos Rosas erfunden. Die beiden ehemaligen Aerobic-Trainer wollten einen Weg finden, wie man auf körperschonende Art fit werden konnte, ohne ständiges Auf- und Abhüpfen und ohne das extrem hohe Tempo vieler Aerobic-Stunden. Sie verbanden Bewegungsformen aus Tänzen wie Jazz Dance, Modern Dance und Duncan Dance, aus Kampfkünsten (wie Tai Chi, Taekwondo, Aikido), Körpertherapieformen (Feldenkrais, Alexander Technique) und Yoga miteinander. Heraus kam Nia, ein ganzheitliches Bewegungskonzept, das vor allem Spaß machen soll.

Der Spaß steht im Vordergrund

Der Spaß steht neben den therapeutischen Effekten an vorderster Stelle. Andrea Rittich hat die Erfahrung gemacht, dass Bewegung, die gut tut und Freude macht, zu sehr guten Ergebnissen führen kann. „Das unterscheidet Nia von so vielen anderen Sportarten." Zudem lässt sich das Bewegungskonzept sehr gut in die Physiotherapie integrieren.

„Nia ist den neuromuskulären Therapien wie Bobath sehr ähnlich“, weiß Rittich. „Das Konzept umfasst ganzheitliche Bewegungen, die den gesamten Körper und alle Sinne integrieren. Die Physiotherapeutin hat Nia mit der klassischen Physiotherapie kombiniert und bietet Nia Beckenbodentraining und Nia Wirbelsäulengymnastik an. Außerdem gibt sie auch ganz „normale“ Nia Kurse.

Bewegung wird in die Musik integriert

Mittlerweile sind die zehn Teilnehmer vollzählig und bereit für ihre Nia Beckenbodengymnastik. Erwartungsvolle Blicke richten sich auf Andrea Rittich: Play Taste gedrückt, die Bewegungsreise durch den Körper beginnt. Besonders der Beckenboden ist für viele Patienten nur sehr schwer zu fühlen. Hier kann Nia auf natürliche Weise helfen, diesen besser zu spüren und zu trainieren. Denn alle Bewegungen werden im Fluss der Musik durchgeführt. „In Nia integrieren wir die Bewegungen und passen sie 100 Prozent der Musik an. Wenn da getrommelt wird, dann trommeln wir zum Beispiel mit den Fersen und aktivieren damit den Beckenboden“, erklärt Andrea Rittich, während die Teilnehmer eifrig die Bewegungen zur Musik ausführen. Das bedeutet allerdings auch, dass ein Nia Trainer die Musik vor jeder Stunde ganz genau kennen muss. Denn jeder Ton wird in die Bewegung integriert, und das lockt aus dem Körper ganz andere Bewegungen heraus. Auch in diesem Punkt unterscheidet sich Nia von anderen Sportarten: „In anderen Trainings läuft zwar die Musik, aber die Bewegungen laufen nebenher. Das ist eine reine Geräuschkulisse“, findet Andrea Rittich.

Physiotherapeutin Andrea Rittich hat den NIA Black Belt

Nia steht für „Neuromuscular Integrative Action“. Das bedeutet soviel wie „alle Sinne umfassende Bewegungen“

Ausbildung in Gurten

Wie viel Spaß Nia machen kann und wie es wirkt, hat Andrea Rittich am eigenen Leib erfahren. Mit zehn Jahren wurde bei der Physiotherapeutin eine Skoliose festgestellt. Über Jahre hinweg litt sie an ständigen Rückenschmerzen. „Ich habe mein halbes Leben lang Wirbelsäulengymnastik gemacht und fand das immer entsetzlich langweilig“, erinnert sie sich. Auf Anraten ihres Trainers im Fitnessstudio besuchte Andrea Rittich dann 1998 ihre erste Nia Stunde in Hamburg. „Zum ersten Mal hab ich gedacht, wow, das sind Bewegungen, die mir richtig gut tun“. Und zwar so gut, dass sie sich sofort für die Ausbildung anmeldete.

Intensive Ausbildung

Die Nia Ausbildung ist ähnlich wie in den östlichen Kampfsportarten in vier Gürtel unterteilt. Der erste Gurt – der White Belt – beschäftigt sich mit den Grundlagen von Nia und der geistigen und körperlichen Umsetzung und berechtigt dazu, Nia selbst zu unterrichten. Der zweite Gurt – der Blue Belt - konzentriert sich auf die Aspekte des Unterrichtens, des Führens und der Kommunikation auf energetischer, emotionaler und verbaler Ebene. Der Schwerpunkt des dritten Gurtes – dem Brown Belt – liegt auf dem Umgang mit und der Wahrnehmung von Energien und richtet sein Augenmerk auf westliche und östliche Konzepte und Ansätze der Energiearbeit. Die Meisterstufe – der Black Belt – beinhaltet eine tiefe Auseinandersetzung mit den kreativen, künstlerischen und heilungsfördernden Prozessen in Nia und deren Integration in das alltägliche Leben. Andrea Rittich ist heute stolze Besitzerin des Black Belt. Bis auf den ersten Kurs hat sie alle Gurte in Amerika absolviert, denn zum damaligen >>>

>>> Fortsetzung S. 19

Zeitpunkt gab es noch keine Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland. Das ist heute anders, so dass Therapeuten auch Nia Kurse in Deutschland belegen können.

Nia als Selbstzahlerleistung

Für Nia Trainer ist es allerdings nicht mit dem Absolvieren der Kurse getan. „Nia ist sehr arbeitsintensiv, das ist nicht jedermanns Sache“, meint Andrea Rittich. Die Stunden erforderten sehr viel Vorbereitung und die Trainerlizenz müsse jedes Jahr erneuert werden. Trotzdem, für Andrea Rittich lohnt sich dieser Aufwand nicht nur finanziell, sondern auch persönlich. „Ohne Nia würde ich heute nicht mehr als Physiotherapeutin arbeiten“ ist die 52jährige überzeugt. Denn mit den heutigen Kassenleistungen werde es immer schwieriger, als Physiotherapeut zu überleben. Therapeuten können Nia Stunden als Selbstzahlerleistung in ihrer Praxis anbieten, ob in Kombination mit der Therapie oder als Präventionskurs für jedermann. Andrea Rittich nimmt für 10 Stunden 80 Euro pro Teilnehmer. Die Kurse werden von der Krankenkasse als Präventionskurs zu 80 Prozent unterstützt. Außerdem kommen viele Patienten aus der Praxis in ihre Kurse, nachdem sie ihre Behandlung auf Rezept bei Andrea Rittich behandelt hat.

Neue Kooperationsmöglichkeiten

Geworben hat Rittich für ihre Nia Kurse mit Flyern, die sie an gezielten Plätzen, wie zum Beispiel in einem Bioladen, ausgelegt hat. Außerdem arbeitet sie eng mit einem Sportverein zusammen, dessen Turnhalle sie nutzen kann. „Das ist eine fruchtbare Zusammenarbeit. Ein Sportverein hat ein sehr großes Klientel, Vereinszeitungen und ein schwarzes Brett“, kennt Rittich die Vorteile. Günstige Werbung und viele neue Klienten entstehen aus dieser Kooperation. Außerdem darf in Vereinen bis zu 2.100 Euro steuerfrei pro Jahr verdient werden. Zudem arbeitet die Physiotherapeutin eng mit einer Hebammenpraxis zusammen. Besonders ihre Nia Beckenbodenstunden werden gerne weiterempfohlen.

NIA richtet sich an alle Altersgruppen

NIA ist in Deutschland noch wenig bekannt

Die Kurse von Andrea Rittich sind gut besucht – so auch der heutige Kurs, der sich langsam seinem Ende neigt. Die glücklichen Gesichter der Teilnehmer sprechen für sich. Spaß hatten heute alle, einschließlich Andrea Rittich. „Noch ist Nia in Deutschland nicht so bekannt, aber das wird sich in den nächsten Jahren ganz sicher noch ändern“, hofft sie. Denn Nia ist nicht nur für bestimmte Klienten gut, sondern eignet sich für alle, die Freude an Bewegung oder Tanz und Musik haben. Ein zukunftsträchtiger Spaß. *ko*

Kooperationen mit Turnvereinen bieten neue Möglichkeiten

Kontakt: Andrea Rittich, Am Sunder 9b, 21224 Rosengarten, www.andrea-rittich.de, a.d.e.rittich@t-online.de, Tel: 04108/6932,
Weitere Informationen zu NIA: www.nia.eu

Die Berechnung des tatsächlichen Betriebsergebnisses einer Praxis

Was ist der kalkulatorische Unternehmerlohn?

Die meisten Inhaber von Physio-, Ergotherapie- und Logopädiepraxen erhalten kein reguläres Gehalt, sondern entnehmen sich regelmäßig einen bestimmten Betrag für ihre privaten Ausgaben. Diese Privatentnahme wird jedoch buchhalterisch nicht als Kosten erfasst und verfälscht das steuerliche Ergebnis der Praxis. Mit dem Hilfskonstrukt des kalkulatorischen Unternehmerlohns gelingt es Ihnen besser, das tatsächliche Betriebsergebnis einer Praxis abzubilden.

Kalkulatorischer (rechnerischer) Unternehmerlohn sollte bei Einzelunternehmen und Personengesellschaften für den mitarbeitenden Inhaber bzw. Gesellschafter in der Buchhaltung angesetzt werden. Denn während die Umsätze der Praxisinhaber in der Buchhaltung auftauchen, werden die Privatennahmen nicht als Personalkosten gebucht. Das bedeutet, das steuerliche Ergebnis (Gewinn) der Praxis fällt deutlich besser aus, als es in Wirklichkeit ist. Betriebswirtschaftlich gesehen muss die Arbeit des Praxisinhabers von diesem steuerlichen Gewinn abgezogen werden, bevor man ein Ergebnis erhält, dass z.B. eine Aussage über die Rentabilität einer Praxis ermöglicht.

Zwei Wege zur Berechnung

Der kalkulatorische Unternehmerlohn kann der Höhe nach auf zwei Arten ermittelt werden. Bei der pauschalen Betrachtung wird meistens das Gehalt eines leitenden Angestellten in vergleichbaren Praxen/Einrichtungen als kalkulatorische Kosten für die Tätigkeit des mitarbeitenden Unternehmers genommen. Dadurch wird ein Vergleich mit Kapitalgesellschaften (z.B. GmbH) erreicht, wo die Gehälter des Geschäftsführers und der leitenden Therapeuten ebenfalls in die Berechnung des steuerlichen Gewinns eingehen. Diese Verfahren eignet sich insbesondere dann, wenn der Praxisinhaber nur noch sehr wenig selbst therapiert.

Genauer ist es jedoch, den kalkulatorischen Unternehmerlohn aufgrund der tatsächlich geleisteten Arbeit des Praxisinhabers zu berechnen. Dieses Verfahren eignet sich für Praxen, bei denen der Praxisinhaber noch stark selbst therapiert und somit auch selbst Umsätze erwirtschaftet. Wenn z.B. der Praxiswert festgestellt werden soll oder einige Praxen ihre Zahlen vergleichen wollen, ist dieses genauere Verfahren unbedingt nötig, um zu sinnvollen und aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen.

Therapeutische und organisatorische Arbeitszeit

Die Arbeit des Praxisinhaber besteht in der Regel aus Arbeit am Patienten, der therapeutischen Arbeitszeit und aus Verwaltungsaufgaben, der organisatorischen Arbeitszeit. Die organisatorische Arbeitszeit teilt sich meistens auf in regelmäßig wiederkehrende Arbeiten, wie z.B. Bestellungen aufgeben, Buchhaltung vorbereiten, Arzt- und Mitarbeitergespräche führen etc. Zusätzlich kommt für manche Praxisinhaber noch einmal im Monat ein arbeitsreiches Wochenende dazu, das für die monatliche Abrechnung benötigt wird.

Diese Zeiten lassen sich als Wochenarbeitszeiten gut darstellen. Die Arbeitszeit für Therapie lässt sich der Terminplanung entnehmen (z.B. 35 Stunden), für organisatorische Arbeiten greift auf Erfahrungen zurück (z.B. 15 Stunden). In diesem Beispiel ergibt das 50 Wochenstunden. Dann muss nur noch die Anzahl der Arbeitswochen im Jahr berechnet werden und schon hat man die effektiven Arbeitsstunden für ein Jahr berechnet. Die Berechnung gelingt vergleichsweise einfach: 52 Kalenderwochen abzüglich 2 Wochen für Feiertage ergeben maximal 50 produktive Arbeitswochen im Jahr. Vermutlich können davon 1-2 Wochen für Fortbildungen und 3-6 Wochen für Urlaub abgezogen werden. Auch Fehlzeiten wegen Krankheit werden abgezogen, so dass viele Praxisinhaber auf eine durchschnittliche Anzahl von 42 -45 Arbeitswochen haben.

Arbeitzeit bewerten

Die Arbeitswochen müssen jetzt nur noch mit den therapeutischen und organisatorischen Wochenstunden multipliziert werden, um die Jahresarbeitszeit zu erhalten. Dazu kommt noch die Zeit für die einmal im Monat anfallende Abrechnung (wenn der Chef das wirklich selbst macht).
Jetzt kann man einen fiktiven Stundenlohn für therapeutische und organisatorische Arbeitsstunden ansetzen, der auch schon Kosten für Sozialabgaben inklusive möglicher Arbeitgeberzahlungen enthält. Üblicherweise wählt man die Höhe dieses kalkulatorischen Stundenlohns so, dass man damit einen fremden Dritten bezahlen könnte.

Im Ergebnis erhält man die Kosten, die entstanden wären, wenn man einen oder mehrere Angestellte beauftragt hätte, die Praxis zu bewirtschaften und als Praxisinhaber nicht gearbeitet hätte. Diese Kosten zieht man vom steuerlichen Gewinn ab und erhält dann den Betrag, der von manchen Fachleuten auch gern als „Übergewinn“ bezeichnet wird. Dieser Übergewinn ist das einzig betriebswirtschaftlich interessante Ergebnis der Praxis, weil es bereinigt ist um die Zeit, die der Praxisinhaber selbst in der Praxis gearbeitet hat.

Oft kein wirklicher Gewinn erzielt

Untersuchungen zeigen, dass gerade bei Freiberuflern oft kein Übergewinn erzielt wird. Denn der Gewinn vieler Praxisinhaber wird nicht durch gute Praxisorganisation erwirtschaftet, sondern durch den Fleiß und den Zeiteinsatz des Chefs. Die Berücksichtigung des kalkulatorischen Unternehmergehalts nicht nur einmal im Jahr, sondern jeden Monat kann mit dem Steuerberater vereinbart werden. Damit das einfacher geht, haben wir eine Excel-Datei für Sie vorbereitet. *bu*

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

Selbstzahlerleistung für die Ferienzeit

Sommerloch-Prävention

Sommer, Sonnenschein, Ferienzeit... Das übliche Sommertief kann Ihre Chance sein: Denn viele Ihrer Patienten werden wegen der Wirtschaftskrise und aus Angst vor Krankheiten in diesem Jahr zu Hause bleiben. Starten Sie jetzt durch! Nutzen Sie die Sommerzeit, um gezielt besondere Therapieangebote anzubieten. Und die gesamte Praxis auf die Sommerferien einzustimmen.

Gerade spezielle Sommer-Kursangebote sind ein tolles Angebot für Ihre Patienten. Innerhalb einer überschaubaren Zeitspanne können die Patienten, die zu Hause geblieben sind, einen Kurs bei Ihnen absolvieren.

Mit solchen neuen Produkten können Sie auch Angebote ausprobieren. So hat eine Kinderpraxis in Süddeutschland in den Sommerferien eine „Hippotherapiewoche" angeboten. Was als Testballon gemeinsam mit einer Reitschule als Lückenbüßeraktion in den Sommerferien gestartet wurde, hat sich inzwischen zum festen Angebot der Praxis entwickelt. „Ohne die Riesennachfrage bei unserer letzten Sommeraktion hätten wir uns nie getraut in so ein Selbstzahlersegment einzusteigen", fasst Praxischefin Astrid Günter ihre positiven Erfahrung zusammen.

Nachfrage auch noch nach den Ferien

Ähnlich überrascht war Lars Windmer, Logopäde in Nordrhein-Westfalen, der als Sommeraktion zusammen mit der örtlichen Musikschule eine „Singwoche" für Kindergartenkinder initiiert hatte. Nicht nur, dass der Kurs trotz Kursgebühr innerhalb kürzester Zeit ausgebucht war, sondern auch noch nach den Sommerferien kamen immer wieder Anfragen nach vergleichbaren Angeboten.
Bei der Überlegung, welche speziellen Angebote man für den Sommer machen will, sollte man sich Gedanken über mögliche Kooperationspartner machen. Golfplätze, Sportvereine, Schwimmbäder, Kindergärten, Tierheime, Hotels und Tourismusverbände sind nur einige Beispiele für Partner, die entweder als Ort für die Durchführung von Sommerloch-Angeboten zur Verfügung stehen, oder die selbst aktiv mit in die Angebotsgestaltung eingebunden werden können.

Zielgruppen-spezifische Angebote machen

Sommerloch-Angebote können auch auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten werden. So bietet eine von der Charitas betriebene Praxis regelmäßig im Sommer „Intensivtherapiewochen" an. Dieses Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.

An Lehrer richtet sich der einwöchige Kurs einer logopädischen Praxis zum Thema „Sprechpause", die gezielt zum Stimmtraining in den Ferien aufrufen. Auch hier ist die Nachfrage trotz des Preises von 170,- Euro größer als gedacht. „Wenn man sich erst mal von den üblichen Krankenkassenleistungen gedanklich verabschiedet hat, kommt man sehr schnell auf erstaunlich gute Ideen, wie man die Lebensqualität seiner Patienten verbessern kann," hat Lars Widmer erkannt – und die Patienten sind bereit, zu zahlen!

Urlaubsgefühl ersetzen

Gerade bei Patienten, die in den Sommerferien zu Hause bleiben ist die Bereitschaft, sich für den Verzicht auf die Fernreise zu belohnen, deutlich höher als im normalen Alltag. Deswegen sollten die angebotenen Sommerloch-Produkte auch besonders sein. Das gilt für das Thema, den Ort, die Intensität und natürlich auch die Preisgestaltung. In den Sommerferien hat kaum ein Patient den Anspruch, dass die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Deshalb empfiehlt es sich, bei solchen Produkten eher Energie in die Produktqualität zu stecken, als Zeit für eine Krankenkassenbezuschussung zu verschwenden. *bu*

i Zum Thema

Zum Urlaub in die Praxis

In den Urlaub fahren, andere Ländern sehen, riechen, schmecken, hören - wem gefällt das nicht? Die Realität sieht bei manchen Patienten anders aus: Ein Urlaub ist aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen manchmal schwer zu realisieren. Zaubern Sie ein bisschen mediterranes Urlaubs-Feeling in Ihre Praxis! Stellen Sie zum Beispiel in jedem Raum und an der Rezeption einen schönen Teller mit frisch aufgeschnittener Zitrone und Limette auf. Dazu noch ein oder zwei sommerliche Blüten - fertig. Das riecht frisch und sieht toll aus. Lässt die Wirkung nach, ritzen Sie das Fruchtfleisch an den Schnittstellen noch mal ein, sofort verströmen die Früchte wieder ihren Duft. Schmücken Sie auch Ihren Tresen mit einem sommerlichen Strauß. Der Anblick stimmt die Patienten fröhlich. Wollen Sie den Wohlfühlfaktor noch verstärken, geben Sie Ihren Patienten nach der Behandlung eine Blume mit, zum Beispiel eine gelbe Rose.
Wie sehen Ihre Wände aus? Weiß und kahl oder die immer gleichen Bilder? Auch hier können Sie das Wohlbefinden der Patienten fördern. Eine tolle (und günstige) Alternative zu einer Renovierung sind farblich zueinander passende Postkarten und Poster, zum Beispiel als „Sommer-Themenwand". Mit Power-Strips können Sie sie an den Wänden anbringen und leicht wieder entfernen.

Landgericht Hamburg: Vorsicht bei Bestellungen im Internet!

Kein Widerrufsrecht als Geschäftskunde

Vorsicht bei Bestellungen im Internet oder Katalog! Wenn Sie als Praxisinhaber unter Ihrem Geschäftsnamen bestellen, können Sie Ihr Widerrufsrecht verlieren. Dieses steht nur Verbrauchern und nicht Geschäftskunden zu, hat das Landgericht Hamburg entschieden.

Das Gericht hatte über den Fall einer Rechtsanwältin entschieden, die über das Internet Lampen bestellt und als Liefer- und Rechnungsadresse die Anwaltskanzlei angegeben hatte. Als sie sich auf das Widerrufsrecht berief und die Lampen zurückschicken wollte, verweigerte sich der Verkäufer mit dem Hinweis, das Fernabsatzgesetz gelte nur für Privatpersonen/ Verbraucher, aber nicht für Geschäftskunden.

Zu Recht, fand das Landgericht Hamburg und formulierte den Leitsatz: „Ob ein Handeln eines Verbrauchers vorliegt, richtet sich danach, wie der Verkäufer anhand von objektiven Merkmalen und der Sachlage das Verhalten des Kunden versteht."

Rechtliche Möglichkeiten geschmälert

Wenn Sie sich als Praxisinhaber z.B. einen Computer im Internet bestellen, hängt Ihr Widerrufsrecht davon ab, ob der Verkäufer den berechtigten Eindruck hatte, ein Geschäft mit einem Privat- oder einem Geschäftskunden abgewickelt zu haben. Wer sich also nur wegen des vermeintlich besseren Eindrucks als Geschäftskunde identifiziert, schmälert fast immer seine rechtlichen Möglichkeiten.

Also sollten Sie sich genau überlegen, ob eine respekteinflößende Geschäftsadresse irgendeinen Vorteil für Ihre normale Heilmittelpraxis bietet. Ist das nicht der Fall, bestellen Sie einfach unter Ihrem Namen. Die Lieferung kommt trotz fehlenden Hinweises auf eine Praxisadresse an, und die erweiterten Rechte eines Verbrauchers bleiben erhalten. *bu*

i Zum Thema

Was ist ein Verbraucher?

Das bürgerliche Gesetzbuch (BGB) unterscheidet bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmer und Verbraucher. Im §13 wird als Verbraucher jede natürliche Person definiert, die ein Rechtsgeschäft zu einem Zwecke abschließt, der weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden kann. „ Außerdem muss ein Verbraucher immer eine natürliche Person sein, also keine Gesellschaft, Praxisgemeinschaft oder Verein. Wenn jemand aber Waren kauft, die er z.B. als Arbeitnehmer für seine Arbeit benötigt, bleibt er Verbraucher."

Wettbewerb: Mit kreativen Ideen gegen Schlaganfall im Job

„Wie viel Lifestyle steckt in Ihrem Unternehmen?" fragt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und schreibt einen Wettbewerb für mittelständische Unternehmen in Nordrhein-Westfalen aus. Bis zum 10. August werden kreative Ideen gesucht, die das Bewegungs- und Ernährungsverhalten im Berufsalltag nachhaltig verbessern.

Etwa 30 bis 40 Prozent der deutschen Bevölkerung gehören zu den „Inaktiven". Das will die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe jetzt ändern. Unter dem Motto „Aktiv gegen Schlaganfall" startet sie ihre neue Aufklärungsinitiative, die von Biathlon-As Magdalena Neuner unterstützt wird: „Erfolg und Gesundheit sind nicht selbstverständlich - ein Schlaganfall kann jeden treffen. Deshalb werden Sie aktiv und verändern Sie Schritt für Schritt Ihren eigenen Lebensstil!"

Die Hälfte aller Schlaganfälle lassen sich durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise vermeiden, heißt es in einer Pressemitteilung der Stiftung. Besonders im Berufsleben kommen „Bewegung und gesunde Ernährung oft zu kurz", sagt die Liz Mohn, Präsidentin der Stiftung, und ruft mit dem Wettbewerb zur aktiven Schlaganfall-Prävention am Arbeitsplatz auf. Interessierte Unternehmen können sich unter www.schlaganfall-hilfe.de informieren. Die überzeugendste und nachhaltigste Präventionsidee wird mit dem Titel „AKTIV-Unternehmen NRW" ausgezeichnet.

pm

Für Praxisinhaber, die hören und sehen können

Unterhaltung und Information im Video der Woche

Alle Videos unter:
www.praxiswissen24.de

Mal skurril, mal witzig, immer unterhaltsam und informativ … Auf www.praxiswissen24.de/Videos stellen wir Ihnen in loser Folge Videos zum Thema Therapeuten, Gesundheitswesen und Praxismanagement vor.

Geschäftsidee – Slow Motion

Der amerikanische Physiotherapeut Damien Howell demonstriert mit diesem Video, wie man sogar über das Internet mit Therapie Geld verdienen kann. 60 Dollar nimmt Howell dafür, dass er Laufvideos von Patienten in Zeitlupe kommentiert und Tipps gibt, wie man seinen Laufstil verbessern kann. Inhalt des hier gezeigten Videos mit dem Titel „The Advantage of Slow Motion Analysis“ ist eine Erläuterung zu den Vorteilen der Videoanalyse und eine Anleitung, wie man mit einer Standardvideokamera oder sogar einem Fotohandy solche Analysen durchführen kann.

Empfehlenswert ist auch ein ergänzender Besuch auf seiner Homepage (www.damienhowellpt.com). Dort findet man unter dem Punkt Video Analysis einige Beispiele seiner Arbeit. Einziger Wermutstropfen: alles nur auf Englisch! *bu*

Stiftung Warentest:

Krankenkassen im Vergleich

Therapeuten können Leistungen der Krankenkassen vergleichen.

Stiftung Warentest hat mehr als 100 gesetzliche Krankenkassen auf Herz und Nieren getestet. Kundenorientierung, Zusatzleistungen, Gesundheitsförderung und Wahltarife wurden miteinander verglichen. Ergebnis: Es gibt keinen Testsieger.

Versicherte zahlen bei allen Kassen den gleichen Beitragssatz von 15,5 Prozent, im Juli sinkt er auf 14,9 Prozent. Das Angebot der Beratungsleistung einiger Kassen ist groß und reicht von Sprechstunden in der Geschäftsstelle vor Ort – auch in den Abendstunden und am Samstag – über Anfragen per E-Mail bis zu Telefon-Hotlines. Die Zeitschrift Finanztest der Stiftung Warentest hat insgesamt 113 gesetzliche Krankenkassen getestet und die Ergebnisse in der Juni-Ausgabe veröffentlicht.

Leistungen im Vergleich

Die medizinischen Leistungen der gesetzlichen Kassen sind einheitlich geregelt, doch Kassen dürfen in bestimmten Punkten besser als der gesetzliche Standard sein. Einige übernehmen die Kosten für homöopathische Behandlungen oder fördern die Teilnahme an Yoga- und Aqua Fitness-Kursen, andere wiederum nicht. Therapeuten können sich ausführlich über die Testergebnisse in der Juni-Ausgabe der Zeitschrift Finanztest und im Internet unter www.test.de informieren.

pm

Impressum

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
kontakt@praxiswissen24.de, www.buchner.de

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Pressemitteilungen (pm), Dirk Schnack (di), Heidi Kohlwes (ko), Christian Beneker (ben), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)

Fotos © fotolia.com: Bernd_Leitner (S. 1); Video: You Tube (S. 24); Stiftung Warentest/Finanztest (S. 24)