1.2014

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Podologen

Überarbeitung HMK wieder unter Ausschluss der Heilmittelerbringer

HeilM-RL soll „anwender-freundlicher“ werden, aber wie?

Mitte Dezember sind die Heilmittel-Rahmenvorgaben für 2014 veröffentlicht worden. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in diesem Zusammenhang darauf geeinigt, „unmittelbar die Beratung zu einer Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie“ aufnehmen zu wollen. Damit steht in 2014 erneut eine Neufassung der Heilmittel-Richtlinie unter Ausschluss der Heilmittelerbringer an.

Das alle Welt über die Heilmittel-Richtlinie und den dazu gehörenden Heilmittel-Katalog meckert, gehört fast schon zum guten Ton: Niedergelassene Ärzte finden das Konzept zu bürokratisch. Therapeuten bemängeln die Struktur und fachliche Fehler. Kassen ist das Konzept zu umfangreich. Patienten haben keine faire Chance, das alles zu durchschauen. Wenn jetzt die Kassen und Ärzte mit einer Pressemitteilung an die Öffentlichkeit gehen, die Heilmittel-Richtlinie „anwenderfreundlicher“ gestalten zu wollen, dann wird es dazu vermutlich wenig Widerspruch geben.

Die wahre Zielsetzung der Krankenkassen und Ärztefunktionäre

Allerdings sollte man sich über die wahre Zielsetzung der Krankenkassen und Ärztefunktionäre keinen Illusionen hingeben: Hier geht es weniger um verbesserte Anwendbarkeit, als primär um Einsparungen. Denn sowohl die Kassen als auch die Ärztefunktionäre haben kein Interesse daran, das die Heilmittelausgaben weiter zunehmen.

Einige Krankenkassen finden immer noch, dass Heilmittel meistens auch gut vom Patienten selbst bezahlt werden können. Und die Ärztefunktionäre (Wichtig: Damit sind nicht die einzelnen niedergelassenen Ärzte gemeint!) müssen das Regressproblem für die praktizierenden Kollegen lösen. Da lassen sich fünf Milliarden Heilmittelausgaben gut als Verhandlungsobjekt nutzen, wenn es darum geht, Arzthonorare zu erhöhen. Wie es auch schon in einzelnen KVen erfolgreich umgesetzt wurde: Heilmittelausgaben werden gesenkt, dafür bekommen die Ärzte ein bisschen mehr Honorar. »

aktuell

Koalitionsvertrag in Berlin unterschrieben
Nur zweimal »Heilmittel« auf 185 Seiten 6

Sanfte Heilung für Säuglinge und Kinder
Ein Fünftel der Osteopathie-Patienten ist unter 15 Jahre 11

interview

Es muss sich etwas ändern!
Die Wünsche einer Praxisinhaberin für 2014 5

Der Geschäftsführer von ZVK und BHV zur aktuellen politischen Situation
Wir stehen unsererseits für konstruktive Gespräche zur Verfügung 9

schwerpunkt

So legen Sie Ihre Privatpreise richtig fest!
Der große Aufpreis-Irrtum 14

Wissen Sie schon, ab wann Sie kostendeckend arbeiten?
So kalkulieren Sie Ihren Stundensatz jetzt ganz einfach selbst! 15

Preiserhöhungen erfolgreich durchsetzen
Welcher Therapeuten-Typ sind Sie? 18

konzepte

Physiotherapeut aus Wangen fördert Gesundheitsprävention in Unternehmen
Wirtschaftlich erfolgreich dank mobiler Massage am Arbeitsplatz 12

www.up-aktuell.de

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

Drohende Altersarmut als Preis für zu niedrige Kassentarife!

Die Zulassungsempfehlungen schreiben klar vor, welche materiellen Voraussetzungen ein Therapeut erfüllen muss, damit er eine Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten bekommen kann. Die Raumgröße ist festgelegt, ihre Beschaffenheit ist vorgeschrieben und die Mindestausstattung an Geräten und Material exakt vorgegeben.

Setzt man realistische Preise für alle Punkte der Zulassungsempfehlungen an und kalkuliert dann, wie viel Geld ein Praxisinhaber pro Stunde verdienen muss, um diese Anforderungen erfüllen zu können, kommt man schnell zu dem Ergebnis, dass mit den aktuellen Kassentarifen die Zulassungsvoraussetzungen nicht finanziert werden können.

Trotzdem laufen viele Praxen. Auf Kosten ihrer Praxisinhaber! Denn während bei Raumgröße und Ausstattung keine Abstriche möglich sind und bei Angestellten die Rentenversicherung obligatorisch ist, kann bei der Altersversorgung der Praxisinhaber ohne sofort sichtbare Folgen gespart werden.

Bei den Tarifen für Physio-, Ergotherapie und Logopädie liegt also einiges im Argen: Mit Minutenpreisen zwischen 50 und 80 Cent je Minute werden Praxisinhaber systematisch in die Altersarmut getrieben. Das kann auch nicht im Interesse der Krankenkassen sein.

Insofern stellt sich bei den nächsten Verhandlungen nicht die Frage, ob die Erhöhung einige Prozentpunkte beträgt oder nicht! Sondern inwieweit man mit den Vorgaben der Krankenkassen unter realistischen Annahmen leben kann, jetzt und in Zukunft. Therapeuten können nicht mit ihrer Altersversorgung die Kosten der GKV subventionieren!

Auf Seite 15 finden Sie eine Anleitung zur Kalkulation der Stundensätze Ihrer Praxis. Die Kalkulationstabellen gibt es für **up | plus**-Kunden kostenlos als Download. Zudem können alle *up*-Abonnenten an einem kostenlosen Online-Seminar teilnehmen, bei dem wir Ihnen die Benutzung der Tabellen erläutern.

Herzlichst Ihr
Ralf Buchner

>> Fortsetzung Seite 1

Deswegen wird die angedachte Überarbeitung der HeilM-RL vermutlich mehr oder weniger darauf hinauslaufen, dass Ärzte zukünftig ohne Regressdruck den Regelfall verordnen dürfen. Dafür werden dann Verordnungen außerhalb des Regelfalls nahezu abgeschafft. Solche Vorschläge jedenfalls werden schon länger aus den Ärzteverbänden kolportiert. Leidtragende werden die Patienten sein, die mit erheblichen Verordnungseinschränkungen rechnen müssten. Und die Heilmittelpraxen täten gut daran, sich auf wahrnehmbare Umsatzeinbußen einzustellen.

Gegen diese Pläne kann man etwas tun

Der frühere Staatsekretär im Gesundheitsministerium, Dr. Klaus Theo Schröder, hat schon 2007 in einem Interview mit *up* darauf aufmerksam gemacht, dass es selbstverständlich möglich ist, einen eigenen Vorschlag der Heilmittelerbringer für die Neufassung bzw. Überarbeitung einer Heilmittel-Richtlinie vorzulegen. Mit so einem eigenen Entwurf könnte man die Arbeit des G-BA bei der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie vermutlich sehr effektiv beeinflussen. Diesen Entwurf könnten sich z. B. die Patientenvertreter im G-BA oder auch Gesundheitspolitiker aller Parteien zu Eigen machen.

Ein von den Heilmittelerbringern selbst formulierter Entwurf der Heilmittel-Richtlinie wäre in mehrfacher Hinsicht sinnvoll. Er würde das gesammelte Know-how der Heilmittelerbringer zur Grundlage haben. Die Therapeuten würden positiv formulieren, wie angemessene Versorgung aussieht, statt nur Vorgaben des G-BA zu kritisieren. Und alle Welt müsste sich mit den Vorschlägen und Ideen der Therapeuten auseinandersetzen. Im Idealfall würde

Impressum

buchner

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

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)
Chefredaktion: Petra Keßler
ISSN 1869-2710
Heftpreis: 15 Euro
im Abo: 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Petra Keßler (pk);
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: fotovika (1), Wissmann Design/Marco2811 (6), T. Olson (7), Fotomek (8), belahoche (10), H. Eichinger (11), Klaus Eppele (14), K. & U. Annas (3/15), RioPatuca Images (18), nyul (20), contrastwerkstatt (21/23), JiSIGN (22); ZVK e.V. (9), Physiopraxis Hermann (12/13), Privat (5/12/13), Buchner & Partner GmbH (4/16/17/19)

endlich über die Vorschläge der Heilmittelerbringer geredet!

Den ersten Schritt wagen

Der Aufwand, eine eigene Heilmittel-Richtlinie zu verfassen, ist zugegebenermaßen sehr hoch. Zum einen müssten sich alle Verbände zusammenraufen und sich über Ziele und Abläufe einigen. Ein aktuell eher unwahrscheinliches Szenario. Zum anderen bräuchte es ein Gremium aus Heilmittel-Therapie-Experten, die so einen Entwurf mit Studien untermauern könnten. Für die dazu nötigen finanziellen Mittel gibt es derzeit keinen Topf.

Warum aber nicht den ersten Schritt wagen?! So ein erster Schritt könnte darin bestehen, die aktuelle Heilmittel-Richtlinie und den Heilmittel-Katalog systematisch auf Fehler hin zu untersuchen. Jeder Therapeut muss sich täglich mit dem Heilmittel-Katalog auseinandersetzen. Und täglich fällt auf, welche Diagnosen fehlen. Oder der falschen Diagnosengruppe zugeordnet sind. Welche Heilmittel bei welcher Leitsymptomatik falsch einsortiert worden sind und und und. Bei so einer Sammlung von Verbesserungsvorschlägen könnte man auch die verordnenden Ärzte mit einbeziehen.

„2014 steht erneut eine Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie unter Ausschluss der Heilmittelerbringer an."

Das Internet macht so eine Zusammenarbeit heute möglich. Wir haben uns erlaubt, das mal für alle Heilmittelerbringer vorzubereiten: Auf *www.HMKneu.de* finden Sie ein Forum, auf dem Sie alles loswerden, was Ihnen zum Thema Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog einfällt. Außerdem können Sie Kommentare und Fehlermeldungen Ihrer Kollegen lesen, ergänzen und bewerten. Das Ergebnis stellen wir allen Verbänden und interessierten Heilmittelerbringern gern jederzeit zur Verfügung. Und wer weiß: Vielleicht finden sich bei den Studierenden Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden einige Interessierte, die sich im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten mit dem Thema näher auseinandersetzen wollen?

*Auf **www.HKMneu.de** können Sie sagen, was Sie bei einer neuen Heilmittel-Richtlinie geändert haben wollen.*

Wenn alle Heilmittelerbringer mit ihrer gesammelten Erfahrung daran arbeiten, Vorschläge zur Verbesserung der Heilmittel-Richtlinie zu erarbeiten, dann hat die Heilmittel-Richtlinie eine echte Chance, besser zu werden bei der Überarbeitung und die Heilmittelerbringer selbst gehen in die Offensive. Es gibt nichts zu verlieren, aber eine Möglichkeit zur Mitgestaltung zu nutzen! *(bu)*

HINTERGRUND

So wird die Heilmittel-Richtlinie er- bzw. bearbeitet

Grundlage für die Erarbeitung der Heilmittel-Richtlinie ist der § 92 SGB V. Dort wird festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem in einer Heilmittel-Richtlinie festlegt, welche und wie viele Heilmittel zu Lasten der GKV verordnet werden können.

Der G-BA ist ein Gremium, in dem Kassenvertreter, die Ärzte- und Zahnärzteschaft, Krankenhausträger sowie unabhängige Juristen über die Leistungen der GKV abstimmen. Vertreter der Patientenverbände dürfen Anträge stellen und mit beraten, sind jedoch nicht stimmberechtigt.

Der G-BA berät die Heilmittel-Richtlinie in den Unterausschüssen „Methodenbewertung" und „Veranlasste Leistungen". Dort finden die Fachdiskussionen unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt.

Die Entscheidungen des G-BA sollen sich immer an den international anerkannten Kriterien und Standards der evidenzbasierten Medizin orientieren. Evidenzbasierte Medizin bedeutet, dass alle Entscheidungen des G-BA auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Studienlage zu treffen sind.

Auch Therapeuten können eine Stellungnahme an den G-BA schicken

Bei Beratungen über die Heilmittel-Richtlinie muss nach Abschluss der Beratungen in den Unterausschüssen den von der Richtlinie Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, zu den Beratungsergebnissen Stellung zu nehmen. Zur Stellungnahme aufgefordert werden z. B. Heilmittelverbände, Datenschützer, Fachgesellschaften der Ärzte etc. **Im Prinzip können aber auch einzelne Therapeuten eine eigene Stellungnahme an den G-BA schicken. Solche Stellungnahmen sind im Einzelfall schon in die Beschlussfassung mit eingeflossen.**

Die Stellungnahmen müssen vom Unterausschuss gesichtet und bewertet werden. Darüber wird eine umfassende Dokumentation angelegt, in der auch dargelegt wird, warum der G-BA im Einzelfall die Stellungnahme nicht in seine Beschlussfassung hat einfließen lassen.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und evtl. Überarbeitung im Unterausschuss wird im Plenum die Überarbeitung der HeilM-RL beschlossen. Dann muss das Bundesgesundheitsministerium als Rechtsaufsicht dem Beschluss zustimmen. Damit ist die Überarbeitung der HeilM-RL beschlossen.

Heilmittelerbringer sind im Gesamtverfahren also nur im Stellungnahmeverfahren beteiligt.

Mehr Heilmittelausgaben, neues Prüfverfahren und Reform der Heilmittel-Richtlinie

Heilmittel-Rahmenvorgabe 2014 verabschiedet

Das Heilmittelausgabenvolumen soll 2014 um rund 150 Millionen Euro (3,25 Prozent) wachsen. Das ist der gute Teil der Heilmittel-Rahmenvorgaben 2014, die zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bereits am 30.9.2013 vereinbart und am 12.12.2013 veröffentlicht wurden. Gar nicht gut sind hingegen folgende zwei Punkte: die Aussicht auf eine vollständige Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie sowie die Einführung neuer Prüfverfahren bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Ärzte.

Eins ist leider klar: 2014 wird für Heilmittelerbringer ziemlich unruhig. Wenn die auf Bundesebene vereinbarten Heilmittel-Rahmenempfehlungen für 2014 wirklich umgesetzt werden, dann kommt auf die verordnenden Ärzte eine Menge an Änderungen zu – mit entsprechenden Folgen für alle Heilmittelerbringer!

Die gute Nachricht

Die gute Nachricht für Heilmittelerbringer und niedergelassene Ärzte ist, dass nicht nur das bundesweite Heilmittelausgabenvolumen um 3,25 Prozent wächst, sondern auch die Ausgabenvolumina des laufenden Jahres 2013 noch einmal rückwirkend um 0,5 Prozent erhöht werden. „Die in den Rahmenvorgaben vereinbarte Anpassung des Ausgabenvolumens ist eine gute Basis, um die Versorgungssicherheit und Qualität auch im nächsten Jahr sicherzustellen.“, erklärte Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandvorsitzender des GKV-Spitzenverbands.

Schlechte Nachricht Nummer 1

Die schlechten Nachrichten für Heilmittelerbringer und Ärzte bestehen in grundlegenden Veränderungen der Heilmittel-Richtlinie. Zwar soll die Heilmittel-Richtlinie nach Vorstellungen der Kassen- und Ärztefunktionäre „anwendungsfreundlicher“ werden. Allerdings muss man sich angesichts der gemeinsamen Presseerklärung die Frage stellen: Für wen bitte? Denn ein zwischen den Vertragspartnern vereinbartes Maßnahmenpaket sieht zum Beispiel vor, dass ab dem 1.7.2014 nur noch ICD-10-codierte Diagnosen auf Heilmittelverordnungen an Stelle der ausformulierten Befunde im Klartext zu erfolgen haben. Ob das wirklich die Bezeichnung „anwenderfreundlich“ verdient?

Schlechte Nachricht Nummer 2

Eine weitere schlechte Nachricht ist die Botschaft, die Heilmittel-Richtlinie solle „Evidenz orientierter“ werden. Dass die Studienlage nicht für jede Therapie rosig ist, wissen alle Beteiligten. Jetzt darf man nicht nur gespannt sein, was sich hinter dieser Ankündigung verbirgt. Sondern es wird höchste Zeit, den Patienten klar zu machen, warum man auf Heilmittel-Therapie auf keinen Fall verzichten kann. Denn ohne Öffentlichkeit lassen sich die Überarbeitungspläne der Heilmittel-Richtlinie durch Kassen und Ärzte kaum in die gewünschten Bahnen lenken.

Schlechte Nachricht Nummer 3

Die von den Vertragspartnern geplante Veränderung des Verfahrens zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Heilmittel verordnenden Ärzten muss man genau beobachten. In der Regel führen Veränderungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu Unsicherheit mit anschließender Verordnungszurückhaltung bei den Ärzten. Auch das könnte zumindest regional für Unruhe sorgen.

(bu)

Verhandlungssache Heilmittelrichtlinie
Sie darf kein Topf sein, aus dem sich Ärzte und Kassen nach Belieben bedienen.

> Service

Die „Rahmenvorgaben nach § 84, Abs. 7 i. V, mit Abs. 8 SGB V – Heilmittel – für das Jahr 2014“ können Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes downloaden (www.gkv-spitzenverband.de). Dort finden Sie auch die entsprechende Pressemitteilung, die zusätzliche Informationen liefert. Diese Dokumente können **up | plus**-Kunden auch bei der Hotline unter der Nummer 0800-9477360 abrufen.

Es muss sich etwas ändern!

Die Wünsche einer Praxisinhaberin für 2014

Die wirtschaftliche Situation ist für Heilmittelerbringer schon seit Jahren angespannt. Die Tendenz für die Zukunft nicht rosig. Anlass für uns, eine engagierte, erfahrene Praxisinhaberin einmal zu Wort kommen zu lassen. Wir denken, dass sie mit ihren Erfahrungen und Einschätzungen sehr vielen Therapeuten aus der Seele spricht.

Ich habe vor 28 Jahren in Kiel-Mettenhof meine Praxis eröffnet. Zuerst habe ich meine Praxis alleine geführt und dann kamen ein bis zwei Mitarbeiter dazu. Damals habe ich noch im Halbstundenrhythmus gearbeitet. Es blieb mehr Geld über als heute. Wir wussten alle, dass wir keine Millionäre damit werden können. Aber über Zusatzleistungen mussten wir uns damals keine Gedanken machen.

Wir haben Dank unseres guten Rufs immer gut zu tun. Ich nehme schon seit Jahren keine Beihilfesätze von Privatpatienten so wie andere Praxen. Aber es bleibt heute immer weniger übrig, obwohl der Jahresumsatz steigt. Wann der Umbruch kam, weiß ich nicht. Ich vermute mit der Umstellung auf den Euro.

Ich war 25 Jahre Mitglied im ZVK. Dadurch hatte ich damals niedrigere Sätze als andere. Unser Kieler Stammtisch wollte deswegen immer aktiv werden und etwas dagegen tun. Aber nichts passierte. Bis eine Patientin, Mitarbeiterin bei der Krankenkasse, mal meinte: „Warum macht ihr eigentlich keine Verhandlungen?“. Wir sind aus allen Wolken gefallen. Unser Verband hatte nie verhandelt. Wir sind sofort geschlossen ausgetreten. Nach der Erfahrung bin ich in keinen neuen Berufsverband mehr eingetreten.

Wir müssen mit einer Stimme sprechen

Es müsste einen einzigen Heilmittelverband geben. Damit wir mit einer Stimme sprechen können. Dann hätten wir auch Gewicht in Berlin. Wir Heilmittelerbringer schaffen es ja nicht einmal, uns in der Politik und bei Entscheidungsträgern Gehör zu verschaffen. Und die Presse und damit die Öffentlichkeit weiß noch nicht mal, unter welchen Bedingungen wir arbeiten müssen. Uns nimmt doch so keiner ernst. Wir haben keine Lobby.

1986 haben wir die AOK bestreikt. Wir haben mit jedem AOK-Patienten damals einen Privatvertrag vereinbart. Und die haben ihre Kosten von der Kasse ersetzt bekommen. So haben wir es geschafft, dass die Sätze auf vdek-Niveau angehoben wurden. Es ist schon etwas zu bewegen, wenn wir uns zusammenschließen.

Ich bin jetzt 58 Jahre alt. Was mich ärgert: Ich gebe mir Mühe. Ich mache Fortbildungen. Und ich bekomme im Grunde genauso viel von den Krankenkassen mit meiner Erfahrung wie jemand, der gerade von der Schule kommt.

Unternehmerisch alles richtig gemacht und trotzdem Frust

Wir versuchen, mehr Selbstzahlerleistungen zu aktivieren. Dafür haben wir eine Preisliste von einem professionellen Grafiker gestalten lassen, um unsere Leistungen mehr in den Vordergrund zu stellen. Wir haben unsere Räume ansprechend eingerichtet, um den Kunden zu zeigen, dass sie hier etwas Besonderes erwartet.

> „Mir ist es sehr wichtig, dass auch Kassenpatienten eine gute Therapie bekommen.“

Ich habe eine Mappe für Ärzte zusammengestellt, um ihnen zu zeigen, wie sie regresssicher extrabudgetär verordnen können. Dafür habe ich mir bei dem entsprechenden Arzt extra einen Termin geben lassen, um es mit ihm in Ruhe durchzusprechen. Man muss Kontakt halten. Wenn man dann einen guten Draht zu den Sprechstundenhilfen hält, dann funktioniert auch die korrekte Umsetzung des Heilmittelkatalogs problemlos, die ja auch für den Arzt von großer Wichtigkeit ist.

Ich müsste aus wirtschaftlichen Gründen mit meinen Taktzeiten runter gehen. Aber ich werde auch nicht jünger. Und ich achte auf meine Therapeuten. Ich sage ja auch jeden Tag meinen Patienten, dass sie auf sich achten sollen. Dadurch verdienen wir natürlich weniger.

Beatrix Lindemann (58) ist von Beruf Physiotherapeutin und seit 28 Jahren Praxisinhaberin.

Auch Kassenpatienten sollen eine gute Therapie bekommen

Es ist eine Situation, die wir uns nicht leisten können. Und damit meine ich nicht nur meine Praxis, sondern die ganze Heilmittelbranche. Wir können uns anstrengen soviel wir wollen, aber die Arbeitsbedingungen sind einfach eine Katastrophe. Ich habe immer mehr Angestellte, die auch berechtigt ihr Geld verdienen wollen. Meine Mitarbeiter fahren schon fast alle mit dem Fahrrad. Sie gehen mit 1.000 Euro nach Hause. Wovon sollen sie leben?

In jedem Fitnessstudio verdient man als Personaltrainer mehr als bei uns in der Praxis. Da sind die Kunden bereit, mindestens 50 Euro pro Monat zu bezahlen. Aber wenn wir ihnen sagen, das kostet jetzt 15 Euro Rezeptgebühr, dann gibt es schon wieder Stress. Ich weiß nicht, wo das hingehen soll! Nicht jeder kann eine Privatpraxis eröffnen. Und mir ist es sehr wichtig, dass auch Kassenpatienten eine gute Therapie bekommen. *(pk)*

Koalitionsvertrag in Berlin unterschrieben

Nur zweimal »Heilmittel« auf 185 Seiten

Nun haben die Mitglieder der SPD darüber entschieden, dass auf Basis des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD zukünftig eine Große Koalition Deutschland regieren wird. Für alle stimmberechtigten Heilmittelerbringer (und Interessierte) haben wir die wichtigsten Passagen des Vertrages aus dem Kapitel Gesundheit und Pflege mit Heilmittelbezug zusammengetragen. Das ging leider schneller als gedacht.

Der neue Koalitionsvertrag:
Wenig Raum für Heilmittelerbringer

Der Vertrag ist ein umfangreiches Werk: 185 Seiten mit rund 65.000 Wörtern. Das Wort Heilmittel wird allerdings nur zweimal benutzt. Eine wichtige Rolle scheinen die Heilmittelerbringer für die Protagonisten in der Großen Koalition nicht zu spielen.

Im Koalitionsvertrag wird unter Punkt 2.4 das Thema Gesundheit und Pflege beschrieben. Hier finden sich die wesentlichen Passagen, die für Heilmittelerbringer möglicherweise wichtig werden. Im Folgenden zitieren wir Auszüge aus dem Vertrag und erläutern den Zusammenhang für die Heilmittelbranche.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Ärzte wieder regional

„Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden.“

Ob noch mehr Regelungen auf regionaler Ebene eine Verbesserung zur aktuellen Situation bringen, darf bezweifelt werden. Hatten wir nicht schon früher mehr regionale Vereinbarungen (z. B. Praxisbesonderheiten), die im letzten Jahr einer bundeseinheitlichen Regelung zum Opfer gefallen sind? Der Vertragstext liest sich hier mehr wie ein Placebo für Ärzte als die Vereinbarung der Abschaffung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Regionale Unterschiede bedeuten zum einen, dass sich die Regeln von Land zu Land unterscheiden. Kommunikationsprobleme und daraus resultierende Unsicherheit sind damit vorprogrammiert. Zum anderen bedeuten regionale Vereinbarungen, dass die Heilmittelausgaben noch mehr in die Interessensphäre der jeweiligen KVen rücken und Begehrlichkeiten wecken. Damit ist ein Kuhhandel zwischen KV und regionalen GKVen zum Nachteil der Heilmittelbranche vorprogrammiert.

Weniger Abrechnungstheater für Heilmittelerbringer

„Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden.“

Mit *Retaxationen* sind die Rechnungskürzungen der Kassen aufgrund von vermeintlichen Formfehlern gemeint. Das kennt fast jede Heilmittelpraxis in Deutschland. Ob das durch diese butterweiche Formulierung besser wird, darf bezweifelt werden. Aber immerhin werden hier die Heilmittelerbringer wenigstens einmal direkt im Koalitionsvertrag genannt. Und man munkelt, dass dieser Passus maßgeblich für folgenden Sachverhalt verantwortlich ist: Die DAK hat den Physiotherapeuten signalisiert, Absetzungen bei MLD-Verordnungen – wegen fehlender Minutenangaben auf der Rückseite der Verordnung – bei formloser Nachforderung ohne weiteres Theater bezahlen zu wollen. Da sparen sich die Physiotherapeuten den Gang zum Gericht und die DAK die Gerichtskosten. Somit hat der Koalitionsvertrag auf jeden Fall schon mal ein Ergebnis gebracht.

Mehr ambulante Verordnung durch Krankenhäuser

„Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet."

Das könnte manchem Patienten helfen, seine Anschlussbehandlung für Heilmittel einfacher zu bekommen.

Substitution ärztlicher Leistungen

„Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt."

Da wird fein unterschieden: Delegation von ärztlichen Leistungen – also Leistungserbringung unter ärztlicher Kontrolle – wird flächendeckend ausgebaut. Dagegen: Die Substitution ärztlicher Leistung – also der Ersatz der ärztlichen Leistungen z. B. durch hoffentlich auch Heilmittelerbringer – wird erst als Modellversuch aufgelegt und evaluiert. Damit ist die Umsetzung erfolgreicher Modellversuche in die Regelversorgung dann in die Verantwortung der nächsten Regierung verschoben.

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

„Wir werden einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen."

Handgelder für Verordnungen sollen zukünftig nicht mehr möglich sein. Ob das mit einem neuen Straftatbestand zu verhindern ist, wird sich zeigen. Das wäre für viele unabhängige Praxen eine wichtige Hilfe.

Nichterwähnung beim Punkt Gesundheitsberufe

Interessant ist es auch, wo Heilmittelerbringer im Vertrag nicht erwähnt werden. Unter dem Punkt Gesundheitsberufe wird angekündigt, einen Masterplan Medizinstudium 2020 entwickeln zu wollen und die Ausbildung der Psychotherapeuten zu überarbeiten. Die Nichterwähnung der Heilmittelberufe wird umso deutlicher, wenn man die Ausführungen zu den Hebammen liest:

„Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist uns wichtig. Wir werden daher die Situation der Geburtshilfe und der Hebammen beobachten und für eine angemessene Vergütung sorgen."

Das wäre auch für Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden wünschenswert gewesen.

Neues Präventionsgesetz

„Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht."

Die letzten Entwürfe zu einem Präventionsgesetz waren erschütternd arm an Passagen, die Heilmittelerbringer als wichtigen Ansprechpartner für die Vorsorge benennen. Obwohl Prävention in allen Ausbildungszügen der Heilmittelerbringer eine wichtige Rolle spielt, muss hier wohl ziemlich schnell noch sehr viel Lobbyarbeit geleistet werden, um im neuen Präventionsgesetz angemessen vertreten zu sein.

Verschiebebahnhöfe beseitigen

„Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll."

Die Idee, die Pflegeversicherung mehr in die ambulante Versorgung einzubinden, kann für Heilmittelerbringer ein gute Möglichkeit werden, die Patienten in Zukunft besser versorgen zu können. *(bu)*

Die Hebammen haben es vorgemacht:
Ihnen wird im Koalitionsvertrag eine angemessene Vergütung versprochen.

Krankenkassen erwirtschaften wieder einen Milliardenüberschuss

Heilmittelausgaben nur leicht gestiegen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach dem vorläufigen Finanzergebnis für das erste bis dritte Quartal 2013 einen Überschuss von fast 1,5 Milliarden Euro erzielt. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (4,1 Milliarden Euro) ist er damit drastisch um 65 Prozent geschrumpft. An den Ausgaben für Heilmittel kann es nicht liegen: Die sind in den ersten neun Monaten nur um 4,4 Prozent gestiegen.

Gewagter Balanceakt:
Milliardenüberschuss versus Milliardenverluste

Erfreulicherweise haben sich die Ausgaben für Heilmittel gegenüber dem Vorjahreszeitraum leicht erhöht. Sie liegen aber um 0,4 Prozent unter der Entwicklung der gesamten Leistungsausgaben der GKV (plus 4,8 Prozent) pro Versicherten: Die Heilmittelausgaben stiegen bis September auf 4,0 Milliarden Euro gegenüber 3,9 Milliarden Euro im Vorjahreszeitraum. Wie schon in den Vorjahren bleibt ihr Anteil an den Gesamtausgaben mit rund drei Prozent jedoch weiterhin niedrig.

Der Gesundheitsfond ist schuld

Die Krankenkassen haben in den ersten neun Monaten einen satten Überschuss von 1,5 Milliarden Euro erwirtschaftet. Doch der Gesundheitsfond musste ein Defizit von 2,7 Milliarden Euro hinnehmen. Laut Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes sei dies aber „saisonbedingt“ und werde im vierten Quartal mit der Zahlung des Weihnachtsgeldes wieder ausgeglichen. Das Defizit in der Gesamtbilanz Krankenkasse/Gesundheitsfond fiele im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2012 deshalb höher aus, weil der Bundeszuschuss für 2013 von 14,0 auf 11,5 Milliarden Euro zur Haushaltskonsolidierung gesenkt wurde. Zum Vergleich: 2012 gab es dagegen nur ein Minus von rund 15 Millionen Euro.

Das Gesundheitsministerium versichert schwarze Zahlen

Insgesamt verzeichnete die GKV laut Bundesgesundheitsministerium bis September ein Defizit von rund 990 Millionen Euro. Trotzdem besitzen Krankenkassen und Gesundheitsfond rein rechnerisch Finanzreserven von 27,6 Milliarden Euro! Davon liegen etwa 17 Milliarden bei den Krankenkassen und etwa 10,6 Milliarden beim Gesundheitsfond. Ende 2012 hatte die GKV noch über ein Rekordpolster von 28,3 Milliarden Euro verfügt. Die gesetzliche Krankenversicherung werde aber auch in diesem Jahr schwarze Zahlen schreiben versicherte das Ministerium. Trotz Abschaffung der Praxisgebühr. Und trotz Prämienzahlungen an die Versicherten in Höhe von 400 Millionen Euro. Zum Vergleich: 2012 betrugen die Prämienzahlungen nur 33 Millionen Euro.

Überschüsse der Kassen um knackige 65 Prozent geschrumpft

Trotz des Bilanz-Ausgleiches durch das Weihnachtsgeld und der Aussicht auf schwarze Zahlen für 2013 blickt der GKV-Spitzenverband nicht ganz überraschend sorgenvoll in die Zukunft. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Überschüsse der Kassen in den ersten drei Quartalen im Vergleich zum Vorjahr um sage und schreibe 65 Prozent geschrumpft. Der Verband warnt deshalb angesichts der vorläufigen Finanzergebnisse vor überzogenen Erwartungen im kommenden Jahr. „Der Trend sowohl beim Gesundheitsfonds als auch bei den Kassen weist auf eine finanziell herausfordernde Zukunft hin", formuliert es Pressesprecher Florian Lanz. Er lehnt jede weitere Kürzung des Bundeszuschusses ab. „Richtig wäre es vielmehr, ihn per Gesetz fest an die Entwicklung der Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen zu koppeln.“ *(ks)*

> Service

Die aktuellen Daten zur GKV-Finanzentwicklung finden Sie unter *www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/2013-12-05-80__2013-12-05-80_PM_Finanzergebnisse_GKV_1__bis_3__Quartal_2013_final.pdf* auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes.

Der Geschäftsführer von ZVK und BHV zur aktuellen politischen Situation

Wir stehen unsererseits für konstruktive Gespräche zur Verfügung

Deutschland hat einen neuen Gesundheitsminister: Hermann Gröhe (52), bisher bei der CDU der Mann fürs Grobe in seiner Funktion als Generalsekretär und von Haus aus Jurist. Was bedeutet das für die Heilmittelbranche? Besonders angesichts des Koalitionsvertrages und der geplanten Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie. *up* hat nachgefragt:

up Was sagen Sie zu dem neuen Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU)?

HCE „Hermann Gröhe als Gesundheitsminister ist ein Glücksfall für die Branche. Er ist absolut durchsetzungsfähig und immun gegen unseriöse Lobbyarbeit mit ganz hohen moralischen Kriterien. Er wird alles anpacken, was im Interesse der Patienten nötig ist."

up Was wünschen Sie sich als Geschäftsführer des ZVK vom neuen Gesundheitsminister?

HCE „Das Berufsausbildungsgesetz für Physiotherapeuten muss revidiert, der Direktzugang dort abgesichert werden. Wir brauchen Befreiung von unnötigem bürokratischem Ballast wie den Retaxationen. Es kann nicht sein, dass Rezepte, die ordnungsgemäß abgearbeitet worden sind, abgesetzt werden, weil der verordnende Arzt einen Fehler gemacht hat. Das darf nicht zu unseren Lasten gehen."

up Wie sieht eine Lösung aus Ihrer Sicht aus?

HCE „Eine Lösung wäre, die Praxissoftware der Ärzte so zu programmieren, dass entsprechende Fehler gänzlich ausgeschlossen werden, also nur Heilmittelverordnungen ausgedruckt werden können, die die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen der Heilmittelrichtlinie beziehungsweise des Heilmittelkataloges erfüllen."

up Was haben Sie noch auf Ihrer Wunschliste für 2014?

HCE „Natürlich brauchen wir für die Zukunftssicherung unseres Berufsstandes vernünftige wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Der Ost-West-Angleich der Vergütungen ist noch immer nicht vollzogen. Außerdem ist die Kalkulation der Kassenhonorare in den freiberuflichen Praxen völlig antiquiert und basiert auf Berechnungen, die die heutige Wirklichkeit nicht mehr widerspiegeln. Die Umsatzerlöse der Praxen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Dies führt unter anderem zu Vergütungen für die Angestellten in den freien Praxen, die weit unter denen im stationären Bereich liegen. Das kann so nicht bleiben. Zunächst muss die derzeitige Begrenzung der Vergütungserhöhungen durch die Grundlohnsummenanbindung entfallen. Ohne das geht es sicherlich nicht. Hier müssen wir andere Wege finden."

up Was sagen Sie zu den Plänen, dass die Heilmittelrichtlinie überarbeitet werden soll?

HCE „Diese Ankündigung wiederholt sich in jedem Jahr. Wir stehen unsererseits für konstruktive Gespräche zur Verfügung. Wir sind sehr selbstbewusst, was die Qualität der Heilmitteltherapie angeht. Sie ist unverzichtbar im Therapieprozess. Optimierungen im Sinne von Evidenzbasierung und leitlinienkonformer Therapie sind immer möglich."

up An welche Optimierungen denken Sie da konkret?

HCE „Wir wünschen uns Modellvorhaben, in denen im Interesse der Patienten neue Therapieformen erprobt werden, um den Heilmittelkatalog weiterzuentwickeln."

up Was sagen Sie zu dem zwischen CDU, SPD und CSU vereinbarten Koalitionsvertrag?

HCE „Der Koalitionsvertrag befriedigt nicht alle Wünsche. Aber wir sind stolz darauf, wie viele von unseren Vorschlägen dort eingeflossen sind."

up Welche sind das konkret?

HCE „Die, die ich oben schon angesprochen habe. Außerdem: Der Ausbau der Akademisierung steht auch im Koalitionsvertrag. Wir brauchen den reflektierenden Praktiker, der sich mit Evidenz, Studien, mit Leitlinien und allen wissenschaftlichen Aspekten auskennt. Dazu gehört aber auch die Diskussion um ein neues Präventionsgesetz. Einer der Schwerpunkte dort ist für uns die betriebliche Gesundheitsvorsorge."

up Was planen Sie als nächsten Schritt?

HCE „Der Koalitionsvertrag ist Handlungsauftrag auch für uns. Sobald sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages konstituiert hat, beginnt die ganz konkrete Umsetzungsarbeit für uns. Hier gibt es einen engen Schulterschluss mit IFK und VPT. Zusammen stehen wir für 98 Prozent der organisierten Physiotherapeuten. Hilfreich ist sicherlich auch, dass mit Dr. Roy Kühne (CDU) erstmals ein Physiotherapeut mit im Deutschen Bundestag ist. Er bringt sein Fachwissen in den oft zu ärztlich dominierten Gesundheitsausschuss ein."

(pk)

Heinz Christian Esser (68) ist CDU-Mitglied und von Beruf Rechtsanwalt. Seit 1984 ist er Alleingeschäftsführer des Deutschen Verbandes für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten (ZVK). Sowie seit 1998 in Personalunion Alleingeschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV).

> Service

Diese Informationen helfen Ihnen sofort beim Thema Abrechnung: Der Verordnungscheck unter *www.buchner-shop.de/01706vo* und Downloads wie z. B. Widerspruchsschreiben an die GKV und Abrechnungstipps unter *www.buchner-shop.de/downloads*.

Spezielles Übungsprogramm schützt vor Operation

Frühzeitige Bewegungstherapie kann Hüftprothese um Jahre verschieben

Mit einer Patientenschulung und einer frühzeitigen Bewegungstherapie können sich Patienten mit einer Hüftarthrose eine Totalendoprothese ersparen oder die Operation um einige Jahre hinauszögern. Das ist das Ergebnis einer norwegischen Studie, die kürzlich im US-Fachmagazin „Annals of the Rheumatic Diseases" veröffentlicht wurde. Sie empfiehlt ein spezielles Übungsprogramm schon zu Beginn der Behandlung.

An der Studie nahmen 109 Patienten zwischen 40 und 80 Jahren teil, die eine röntgenologisch belegte Hüftarthrose hatten, seit mindestens drei Monaten unter Hüftschmerz litten und deren funktionelle Beurteilung des Hüftgelenks gemäß Harris-Hip-Score zwischen 60 und 95 Punkten lag. Zunächst absolvierten alle Teilnehmer ein Patientenschulungsprogramm. Anschließend wurden die Probanden in zwei Gruppen unterteilt: Die einen absolvierten zwei- bis dreimal pro Woche eine insgesamt zwölfwöchige spezielle Übungstherapie für Patienten mit Hüftarthrose, u. a. mit Kräftigungs-, Dehnungs- und funktionellen Einheiten. Die anderen dienten als Kontrollgruppe.

Das Ergebnis der Studie

Bei den Aktiven war die Hüftprothese erst im Durchschnitt nach 5,4 Jahren fällig, bei den anderen dagegen schon nach 3,5 Jahren. Zudem berichteten die Patienten der Übungsgruppe über eine bessere Gelenkfunktion sowohl vor der Operation als auch danach am Studienende. Keine Unterschiede zeigten sich dagegen hinsichtlich Schmerz und Steifigkeit. Insgesamt gehen die norwegischen Forscher davon aus, dass sich durch die Bewegungstherapie der Einsatz für eine Totalendoprothese bei Patienten mit Hüftarthrose um 44 Prozent verringern kann.

Allerdings lassen sich die Ergebnisse nur auf Patienten mit leichter bis mittlerer Symptomatik übertragen, da Patienten mit schweren Symptomen von der Langzeitbeobachtung ausgeschlossen waren. Dennoch empfehlen die Wissenschaftler, Patienten mit Hüftarthrose von Anfang an eine Bewegungstherapie anzubieten. *(ks)*

> Service

Eine pdf-Datei der Studie finden Sie unter *http://ard.bmj.com/content/early/2013/11/20/annrheumdis-2013-203628.full.pdf+html.*

BGH-Urteil zum Begriff »medizinische Fußpflege«

Werbung auch für Nicht-Podologen erlaubt

Nach dem Podologengesetz ist nur die Berufsbezeichnung des medizinischen Fußpflegers geschützt. Die Werbung für die Tätigkeit einer medizinischen Fußpflege ist dagegen erlaubt. Das hat jetzt der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe entschieden.

Im vorliegenden Fall hatte die Klägerin, die mehrere Praxen für Kosmetik und Podologie betreibt, die Inhaberin einer Praxis für Fußpflege abgemahnt. Sie hatte im öffentlichen Telefonbuch und auf einer Internetseite mit ihrem Namen und dem Zusatz medizinische Fußpflege geworben. Die Klägerin sah darin einen Verstoß gegen § 4, Nr. 11 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) in Verbindung mit § 1 Podologengesetz (PodG), wonach die Bezeichnung Podologin/medizinische Fußpflegerin nur derjenige führen darf, der die entsprechende Ausbildung und staatliche Prüfung absolviert hat.

Weigerung der Kostenübernahme für die Abmahnung

Auf die Abmahnung hatte die Beklagte eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abgegeben. Allerdings weigerte sie sich, die Anwaltskosten für die Abmahnung in Höhe von etwa 600 Euro zu übernehmen. Die Klägerin wollte daraufhin diese Kosten einklagen. Sie sah in der Abgabe der Unterlassungserklärung ein Anerkenntnis des Wettbewerbsverstoßes, das sie selbst von den Kosten freistellte.

Unterlassungserklärung ist kein Anerkenntnis

Dieser Argumentation folgte der BGH nicht. „Sofern der Abgemahnte den Anspruch auf Zahlung der Abmahnkosten nicht förmlich anerkennt oder sonst ausdrücklich zu erkennen gibt, dass der Vorwurf des Abmahnenden zu Recht erfolgt ist, sondern lediglich eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abgibt, kann darin nicht das Anerkenntnis des zugrundeliegenden gesetzlichen Unterlassungsanspruchs und der Pflicht zur Übernahme der Abmahnkosten gesehen werden", heißt es in der Urteilsbegründung. Die Unterlassungserklärung habe im Kern die Funktion, mit Wirkung für die Zukunft die Wiederholungsgefahr zu beseitigen und so den Streit zwischen den Parteien beizulegen. Mehr nicht.

Zusatz »medizinisch« leicht irreführend

Ferner betonte das Gericht, dass kein Wettbewerbsverstoß vorliege: Das bloße Werben mit der erlaubten Tätigkeit medizinische Fußpflege sei nicht gleichzusetzen mit der verbotenen Führung der Berufsbezeichnung medizinische Fußpflegerin. Im Podologiegesetz werde nur die Berufsbezeichnung geschützt, nicht aber die Leistung selbst. Die Richter räumten allerdings bei dem Zusatz medizinisch eine gewisse Irreführung ein, da der Eindruck entstehe, dass „der Werbende gerade medizinisch indizierte Behandlungen in der erforderlichen Qualität durchführen könne" (Az.: I ZR 219/12). *(ks)*

Sanfte Heilung für Säuglinge und Kinder

Ein Fünftel der Osteopathie-Patienten ist unter 15 Jahre

Die Osteopathie ist eine gute Ergänzung zur schulmedizinischen Behandlung. Besonders für Säuglinge und Kinder eignen sich ihre Techniken, da sie sanft und schmerzfrei sind. So waren bei der BKK vor Ort schon im ersten Halbjahr 2013 rund 20 Prozent der mit dieser Methode behandelten Versicherten Kinder im Alter von bis zu 15 Jahren, davon die Hälfte sogar unter drei Jahre.

Werden ältere Kindern oft wegen Haltungs-, Muskel- und Skelettdefiziten osteopathisch behandelt, so sind unter den Babys und Kleinkindern viele Schrei- und Spuckkinder. Rund ein Drittel der Kinder wurde laut der BKK bereits im ersten Lebensjahr von Osteopathen behandelt. Dabei werden Spannungen und Blockaden, die durch den Geburtsvorgang oder schon während der Schwangerschaft entstanden sind, gelöst. So wird bereits sehr früh schonend behandelt, was später zu Problemen oder chronischen Krankheitsbildern führen könnte.

Hintergrundinformation

Osteopathie kann Kindern bei folgenden Beschwerden helfen:

- Schrei- und Spuckkinder mit Schluck- und Saugstörungen, Schädelasymmetrien, Schlafstörungen, Vorzugshaltung, Schiefhals, Säuglingsskoliose, Hüftdysplasie, Verdauungsstörungen (Drei-Monats-Koliken)
- Entwicklungsverzögerungen im motorischen und sprachlichen Bereich, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Allgemeine Probleme wie Wachstumsschmerzen, Rücken- und Kopfschmerzen, Migräne, Abwehrschwäche, Infektanfälligkeit

Unterschiedliche Erstattung der Kosten

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Kosten für eine osteopathische Behandlung sehr unterschiedlich. Und das bezieht auf jeden einzelnen Aspekt der Behandlung.

Anzahl der Sitzungen

Im Schnitt genehmigen die meisten Kassen maximal sechs Sitzungen pro Jahr. Manche aber auch weniger wie z. B. die AOK Bremen (maximal drei Sitzungen), die AOK Sachsen-Anhalt (vier Sitzungen) oder die Knappschaft (maximal fünf osteopathische Behandlungen).

Anteilige Übernahme des Rechnungsbetrages

Beim Rechnungsbetrag übernehmen die gesetzlichen Versicherungen von 50 Prozent des Behandlungsbetrages (hkk) bis 100 Prozent (AOK Hessen). Die Ausgaben pro Sitzung dürfen dabei meist nicht 60 Euro überschreiten. Bei einigen Trägern liegen die Sätze aber auch deutlich darunter: SBK und Knappschaft z. B. mit maximal 30 Euro.

Höchstförderung pro Jahr

Einige Kassen begrenzen auch die Höhe der Ausgaben pro Jahr: Dabei reicht die Erstattungshöhe von 100 Euro z. B. bei der vhkk und Barmer GEK bis zu 400 Euro die BIG direkt gesund.

Die meisten Gesellschaften übernehmen die Kosten für die Behandlung bei Osteopathen, die Mitglieder eines Berufsverbandes der Osteopathen in Deutschland sind oder eine Ausbildung absolviert haben. In der Regel muss die Behandlung von einem Arzt empfohlen werden. *(ks)*

> Service

Einen aktuellen Überblick finden Sie unter *www.osteokompass.de/de-patienteninfo-krankenkassen.html*.

Physiotherapeut aus Wangen fördert Gesundheitsprävention in Unternehmen

Wirtschaftlich erfolgreich dank mobiler Massage am Arbeitsplatz

»Der Physio kommt« heißt die Geschäftsidee, die der Physiotherapeut Waldemar Hermann (39) aus der Nähe von Göppingen seit nunmehr fünf Jahren erfolgreich praktiziert: Mit seiner mobilen Business-Massage lockert er Verspannungen dort, wo sie entstehen – direkt am Arbeitsplatz. Inzwischen betreut er bereits 20 Unternehmen in der Region Stuttgart-Aalen.

Eigeninitiative, die sich auszahlt
Zusammen mit seinen sieben Mitarbeitern betreut Waldemar Hermann bereits 18 Firmen in der Region Göppingen.

Der Gedanke an die Möglichkeit einer mobilen Business-Massage beschäftigte den Therapeuten schon kurz nach seiner Praxisgründung 2002 vor elf Jahren im baden-württembergischen Wangen. „Wir leben in einem kleinen Ort mit nur zwei Ärzten“, erläutert Hermann. „Aus Angst vor Regress füllen sie immer weniger Verordnungen aus. Das ist für uns ansässige Physiotherapeuten ärgerlich. Aber mich hat es auch motiviert, nach Alternativen zu suchen.“

Durchbruch kam mit Mitgliedschaft in Unternehmernetzwerk

Der konkrete Anstoß kam vor sechs Jahren: Ein Unternehmer, der bei ihm in Behandlung war, kaufte Massage-Gutscheine für seine Mitarbeiter. Eine Idee, die Waldemar Hermann elektrisierte. Er setzte sich hin und entwickelte ein Konzept, mit dem er sich bei Firmen vorstellte. Ohne Erfolg. „Das Problem“, so erinnert er sich heute, „war es, den richtigen Ansprechpartner innerhalb eines Betriebes zu finden.“

Einen Ausweg aus diesem Dilemma zeigte ihm ein befreundeter Anwalt, der ihn auf *Business Network International (BNI)*, ein Unternehmernetzwerk für Geschäftsempfehlungen, aufmerksam machte. Hermann stellte dort im Rahmen eines Business-Frühstücks seine Geschäftsidee der mobilen Business-Massage vor und wurde 2008 BNI-Mitglied. Die Rechnung ging auf: Inzwischen betreuen Hermann und sein Team regelmäßig 20 Firmen, darunter die *WMF* in Geislingen und *Staufers Edeka* in Göppingen.

Zum Einstieg bietet Hermann Probemassagen an. Bei Gefallen wird eine Vereinbarung über eine regelmäßi-

gen Service abgeschlossen. In der Regel kommt der Physio alle 14 Tage in die Betriebe. Neben der klassischen Massage von 20 Minuten (Kosten: 16,50 Euro plus Mehrwertsteuer) bieten die Therapeuten auch mentales Training und Tipps für eine gesunde Ernährung und Bewegung nach Feierabend an. Und natürlich darf auch die ergonomische Arbeitsplatzberatung nicht fehlen. „Meist reicht es schon“, so Hermann, „das Bewusstsein für die richtige Sitzhaltung zu schärfen“.

„Für viele Beschäftigte wird die Massage zum Highlight, auf das sie sich schon zwei Wochen lang freuen.“

Waldemar Hermann

Erfolg, der Mut macht
Inzwischen macht die mobile Business-Massage zwei Drittel des Praxisumsatzes von Waldemar Hermann aus.

Firmenvideo zeigt Zufriedenheit der Kunden

Die Mitarbeiter, die sich meist zur Hälfte an den Kosten beteiligen, sind von der Massage am Arbeitsplatz begeistert. „Sie fühlen sich anschließend topfit. Für viele wird die Massage zum Highlight, auf das sie sich schon zwei Wochen lang freuen.“ erklärt Waldemar Hermann stolz. Wie außerordentlich zufrieden seine Kunden sind, zeigen ihre Äußerungen in dem Firmenvideo »Der Physio kommt«, das er Anfang des Jahres nicht nur auf seiner Homepage (www.der-physio-kommt.de) sondern auch auf Facebook (www.facebook.com/derphysiokommt) veröffentlicht hat.

Auch für die Unternehmen rechnet sich Hermanns Dienstleistung: Motivierte Mitarbeiter bedeuten, dass die Produktivität steigt und die Fehlzeiten sinken. Gleichzeitig ist die mobile Massage als Prävention krankheitsbedingter Ausfälle beim Finanzamt als „freiwillige soziale Aufwendung“ zu 100 Prozent absetzbar und lohnsteuerfrei (BFH-Urteil Az. VI 177/99).

Das Geschäft boomt dank professioneller Homepage

Für sein Geschäftsmodell hat der Praxisinhaber, der 1992 von Nordkasachstan nach Deutschland übersiedelte und 1998 seine Ausbildung zum Physiotherapeuten in Thüringen abschloss, nie die Werbetrommel rühren müssen. „Meine einzige Investition war die Gestaltung der Homepage und des Flyers durch eine professionelle Agentur (www.projekt-e.de)“, erinnert sich Hermann heute. Die größte Hürde lag allerdings darin, die Praxis verlassen zu müssen. „Wir waren damals nur zu dritt. Sowohl meine Mitarbeiter als auch die Patienten machten sich Sorgen, dass ich nicht mehr zu 100 Prozent für die Praxis da sein könnte“. Doch die Befürchtung war unbegründet. Und das Geschäft boomt.

Inzwischen macht die mobile Business-Massage zwei Drittel seines Praxisumsatzes aus. 90 Prozent der geworbenen Kunden sind geblieben. „Das war anfangs nicht geplant,“ erklärt Hermann nicht ohne Stolz, „es sollte eigentlich nur mein zweites Standbein sein.“ Denn der organisatorische Aufwand ist groß. Vor allem die Suche nach guten Mitarbeitern erfordert viel Zeit. Heute beschäftigt der Therapeut zwei Festangestellte, drei Freiberufler und zwei weitere freie Vertretungskräfte. Seine Praxis ist die Zentrale. Die meist selbständigen Physiotherapeuten arbeiten auf Honorarbasis.

Live-Massagen für potentielle Neukunden

Um den Erfolg zu sichern und auch noch auszubauen, stellt der engagierte Physiotherapeut sein Geschäftsmodell auf Gesundheitstagen vor und führt mit seinem Team live Stuhlmassagen bei Interessierten durch – wie z. B. im Rahmen der AOK-Aktion *Lebe Balance* in der Stadthalle Göppingen Anfang Dezember. Des Weiteren bietet er dreistündige Event-Massagen für Firmenveranstaltungen, Konferenzen und Kongresse an, immer getreu seinem Motto: Der Physio kommt – zu Ihnen!

(ks)

Klappern gehört zum Handwerk
Zusammen mit seinen Mitarbeitern wird Waldemar Hermann immer wieder für Live-Massagen von Kunden wie EDEKA und AOK gebucht.

> Kontakt
Physiopraxis Hermann,
Blumenstraße 2, 73117 Wangen,
Tel.: 07161-240930, E-Mail:
hallo@der-physio-kommt.de,
www.der-physio-kommt.de

So legen Sie Ihre Privatpreise richtig fest!

Der große Aufpreis-Irrtum

Wer sich bewusst macht, dass er normalerweise eigentlich zu Rabattpreisen arbeitet, kann ordentliche Privatpreise viel besser vertreten.

Regelmäßig sind Privatpatienten verärgert, wenn sie bei der Therapie dazu bezahlen müssen. „Schließlich müssen die normalen Kassenpatienten auch keinen Aufpreis zahlen!", wird dann gerne geschimpft. Wer sich diese Argumentation einmal genauer ansieht, wird schnell feststellen, dass die Patienten hier einen Denkfehler begehen. Den man aber ohne große Probleme korrigieren kann! Was die Zahlungsbereitschaft der Privatpatienten deutlich erhöht.

Rund 90 Prozent der Bevölkerung ist in der GKV versichert. Kein Wunder, dass sich die meisten Praxisinhaber und Patienten bei der Festlegung und Beurteilung von Privathonoraren an den Vergütungssätzen der GKV orientieren. Dabei wird der GKV-Satz als Grundlage genommen und dann mit einem Aufschlag versehen. Das ist zwar rechnerisch richtig, führt aber zu dem falschen Gefühl, Privatpatienten müssten „mehr" bezahlen.

Denn in Wirklichkeit muss kein Patient einen Aufschlag bezahlen. Tatsächlich haben es die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht geschafft, eine Art Mengenrabatt für Therapiestunden herauszuhandeln. Jeder, der seine Praxiskosten einigermaßen im Blick hat, weiß, dass eine GKV-Praxis nur dann rentabel geführt werden kann, wenn eine relativ große Menge an Behandlungseinheiten erbracht wird. Weil sich in den meisten Praxen die Anzahl der von den Kassen bezahlten Behandlungen schnell auf mehrere tausend Einheiten im Jahr summiert, ist nachvollziehbar, dass hier günstigere Preise vereinbart worden sind.

Daraus folgt aber auch: Nicht Privatpatienten müssen eine Aufschlag zahlen. Sondern Kassenpatienten werden zu Sonderkonditionen behandelt!

Beispiel: Ein Kassenpatient wird bei der Leistung »Physiotherapie« je Behandlungseinheit mit rund 15 Euro abgerechnet. Ein Privatpatient soll nun für seine Therapie betriebswirtschaflich korrekt gerechnete 30 Euro bezahlen: Dann betrüge der Rabatt, den die Physiotherapiepraxis der GKV gewährt hätte, 50 Prozent.

Wenn man bedenkt, dass in einer normalen Physiotherapie-Praxis mit zwei bis drei Mitarbeitern auf jeden Fall mehr als 10.000 Behandlungseinheiten pro Jahr zu Lasten der GKV erbracht werden, dann ist ein Rabatt von 50 Prozent für die GKV eine wirtschaftlich sinnvolle Vorgehensweise.

Nun rechnen aber die wenigsten Physiotherapeuten für eine normale Physiotherapie 30 Euro ab. Sondern viel zu viele Praxen halten sich immer noch an den beihilfefähigen Höchstsatz von in diesem Fall 19,50 Euro. Damit würde die GKV nur einen eher kleinen Rabatt von knapp 23 Prozent erhalten. Realistischer erscheint da aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein Mengenrabatt von einem Drittel, also rund 30 Prozent. Daraus ergibt sich, dass ein gut kalkulierter Preis für Privatpatienten bei 22,50 Euro pro Behandlungseinheit liegt.

Wenn dem Privatpatienten dieser Einzelpreis zu hoch ist, steht es ihm natürlich frei, genau so wie die GKV mehr Sitzungen bei seinem Therapeuten zu bestellen und dafür einen Mengenrabatt auszuhandeln. *(bu)*

> Service

Weitere hilfreiche Informationen zum Thema – inklusive kostenloser Downloads – finden Sie unter *www.up-aktuell.de/themenliste/themen/2012/04/schluss-mit-der-preisdiskussion-18149.html*.

So kalkulieren Sie Ihren Stundensatz jetzt ganz einfach selbst!

Die Dauer der Leistungserbringung spielt bei Heilmittelerbringern eine wichtige Rolle. Zwar gehört die Angabe der Leistungsdauer nur bei der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Lymphdrainage ausdrücklich zur Bezeichnung des Heilmittels. Aber es gibt auch für alle anderen Heilmittel-Therapien Zeitkorridore, die über Verträge mit Kassen und Patienten festgelegt sind. Das bedeutet, dass Therapeuten letztlich Leistungszeit in Rechnung stellen. Für ihr wirtschaftliches Überleben ist dabei wichtig, dass sie für diese Zeit mehr berechnen können, als ihnen Kosten entstehen. Mit unseren Excel-Tabellen für Physio-, Ergotherapie- und Logopädiepraxen können Sie jetzt ganz einfach Ihren individuellen Stundensatz berechnen.

Die Preisgestaltung in Heilmittelpraxen wird in der Regel von außen gesteuert: Erstattungsvorgaben der Krankenkassen (GKV und PKV) und der Beihilfestellen werden als gegeben hingenommen. Mit dieser Bezahlung versuchen die meisten Therapeuten irgendwie auszukommen. Eine Kalkulation, inwieweit mit den vorgegebenen Summen überhaupt eine Kostendeckung zu erreichen ist, fehlt in vielen Praxen. Und wirtschaftlich notwendige Preisanpassungen bei Privatpatienten werden nicht durchgeführt, aus Angst Patienten durch Preiserhöhungen zu verlieren.

Tatsächlich ist es aber gar nicht so aufwendig, die eigenen Kosten für eine Stunde Therapie zu ermitteln. Der Aufwand für die Datenbeschaffung ist überschaubar und oft reichen auch schon allgemeine Branchen-Durchschnittswerte, um eine gute Grundlage für die Kalkulation der eigenen Praxis zu erhalten. Das schafft nicht nur betriebswirtschaftliche Sicherheit sondern fördert auch die persönliche Zufriedenheit.

Basis der Berechnung ist eine Einzelpraxis mit GKV-Zulassung

Um die Kalkulation für den jeweiligen Fachbereich für Sie zu vereinfachen, haben wir jeweils Excel-Tabellen für Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie erstellt. Unsere Kalkulations-Tools gehen davon aus, dass grundsätzlich die jeweiligen Zulassungsvoraussetzungen der GKV erfüllt sind: Anforderungen an die räumliche Mindestgröße, an die Ausstattung sowie an die Verfügbarkeit des Praxisinhabers in Vollzeit. >>

>> Fortsetzung Seite 13 „So kalkulieren Sie Ihren Stundensatz jetzt ganz einfach selbst!“

Diese Standardgrößen sind alle erfasst. Sie müssen nur noch die Angaben mit den Werten Ihrer eigenen Praxis vergleichen und Abweichungen eingeben. Zusätzliche Mitarbeiter oder Investitionen, Zertifikatserweiterungen sowie größere Räume und höhere Mieten können Sie bei Bedarf problemlos ergänzen.

In drei Schritten zum Stundensatz

SCHRITT 1: Produktive Arbeitszeit ermitteln

In der Tabelle Stunden (Abb. 1) wird ermittelt, wie viele produktive Stunden in Ihrer Praxis überhaupt erbracht werden können. Mit produktiven Stunden ist hier die Zeit gemeint, die man als Therapeut gegenüber einem Patienten oder einer Krankenkasse abrechnen kann.

Zeit, die Sie mit Aufräumen, Abrechnung oder allgemeiner Praxisverwaltung verbringen, sind demzufolge keine produktiven Stunden und müssen bei der Berechnung des Stundensatzes abgezogen werden. Das bedeutet, dass die Kosten der Verwaltungszeiten durch die produktiven Stunden mit erarbeitet werden müssen.

Beispiel: Für das Saubermachen und Aufräumen braucht Praxisinhaberin Anja jeden Tag eine Stunde. In dieser Zeit kann Anja nicht therapieren, also mit ihrer Arbeitsleistung kein Geld verdienen. Deshalb handelt es sich bei dieser Tätigkeit um »unproduktive« Zeit. Obwohl es natürlich notwendig ist, die Praxis sauber zu machen.

Abb. 1

1. Abrechenbare Arbeitsstunden berechnen

Eingabefelder sind beige!

Nr.		
A	**Arbeitszeit berechnen**	
A1	Kalendertag im Jahr	365
A2	abzgl. Samstage	52
A3	abzgl. Sonntage	52
A4	abzgl. Feiertage	10
A5	abzgl. Urlaubstage	30
A6	abzgl. Krankheitstage	8
A7	abzgl. Fortbildungstage	5
A8	Arbeitstage (Anwesenheitstage)	208
A9	Wochenarbeitstag (lt. Vertrag)	38,5
A10	Arbeitsstunden im Jahr	1601,6
A11	Geplante nicht abrechenbare Zeiten (Besprechungen, etc.)	1,5
A12	Produktive Therapiezeit je Mitarbeiter (abrechenbar)	1539,2
B	**Produktive Zeit für die gesamte Praxis berechnen**	
B1	Chef/Inhaber	1,0
B2	Fachliche Leitung	0
B3	Angestellte Therapeuten	0
B4	Produktive Mitarbeiter der Praxis	1,0
B5	Produktive (abrechenbare) Therapiezeit der Praxis/Jahr	1539
C	**Produktivität berechnen**	
C1	Auslastung in %	100%
C2	Effektiv abrechenbare Therapiezeit der Praxis/Jahr	1539

Um die Arbeitszeit zu berechnen, kalkuliert man die Jahresarbeitszeit einer Vollkraft. Dazu werden von den 365 Tagen im Jahr die Wochenenden und Feiertage ebenso abgezogen wie Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungstage.

Die so errechneten Arbeitstage ergeben zusammen mit der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit die Arbeitsstunden im Jahr (A 10). Davon abgezogen werden müssen die Zeiten, die als Arbeitszeit gelten, jedoch nicht für die Therapie genutzt werden. Das wird in Wochenstunden je Mitarbeiter angegeben (A 11). Im Ergebnis erhält man die produktiven, also abrechenbaren Therapiestunden je Mitarbeiter (A 12).

Beispiel: In einer Praxis mit sechs Mitarbeitern findet wöchentlich eine Teamsitzung in der Arbeitszeit statt, die ca. 1,5 Stunden dauert. Das bedeutet, dass hier jede Woche nicht produktive Zeit von neun Stunden (6 mal 1,5) anfällt. Denn in dieser Arbeitszeit der Mitarbeiter können keine abrechenbaren Behandlungen erbracht werden.

Die Gesamtproduktivität der Praxis kann unter (B) festgelegt werden. Zwei angestellte Vollzeitkräfte würden in Zeile (B4) mit »2« eingetragen, eine Halbtagskraft mit 0,5.

Beispiel: Hat ein Mitarbeiter zusätzlich zu seiner Therapie eine Leitungsfunktion übernommen, wird er nicht voll für Therapie zur Verfügung stehen. Bei z. B. einem geschätzten Anteil von zehn Prozent Leitungsarbeit, würde man für die Fachliche Leitung dann einen Wert von 0,9 eingeben (B 2).

Ähnlich gelagert ist der Fall, wenn Praxischefin Anja mit fünf Mitarbeitern viel mehr Arztkontakte pflegen und andere administrative Aufgaben erledigen muss als in der Startphase, in der sie nur für sich sorgen musste. Realistisch betrachtet hat ein Chef bei fünf Vollzeitkräften nur noch 70 Prozent seiner Zeit für Therapie zur Verfügung, der Wert in Zeile (B 1) wäre dann 0,7.

Die Gesamtproduktivität der Praxis gibt an, wie viele Stunden Therapie die Praxis im Jahr abrechnen kann. Immer vorausgesetzt, alle Termine können vergeben werden und alle Patienten nehmen die vereinbarten Termine war. Normalerweise würde man Patienten, die vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen. Wenn man darauf verzichtet, sinkt die Auslastung (C 1) und die effektiv abrechenbaren Stunden reduzieren sich noch einmal.

Beispiel: Wenn ein Therapeut jeden Tag acht Behandlungseinheiten erbringen kann und fünf Tage in der Woche arbeitet, dann können 40 Einheiten abgerechnet werden. Bei zwei Absagen können nur noch 38 Therapien abgerechnet werden, die Auslastung beträgt nur noch 95 Prozent.

SCHRITT 2: Gesamtkosten berechnen

Jetzt geht es darum, die gesamten Kosten der Praxis zu ermitteln. Das haben wir für Sie in der Tabelle Gesamtkosten (Abb. 2) entsprechend vorbereitet. Dabei haben wir alle Kosten einer »Ein-Personen-Praxis« gemäß den Zulassungsvoraussetzungen der GKV ermittelt. Zu den Kosten des Unternehmers (D 1) haben wir lediglich eine Reinigungskraft als Personalkosten berücksichtigt (D 2). Die Raumkosten orientieren sich an den in den Zulassungsbedingungen genannten Flächen. Ein Auto wird hier mit aufgeführt, um die Zulassungsverpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen erfüllen zu können (D 5). Die Abschreibung bildet den Werteverlust des Inventars in den Jahren zwei bis vier gemäß Zulassungsvoraussetzungen ab.

Beispiel: Bei der Berechnung des kalkulatorischen Unternehmerlohns neigen die meisten Existenzgründer dazu, sich selbst nicht angemessen zu vergüten. In unserer Tabelle haben wir den monatlich notwendigen Unternehmerlohn mit rund 4.000 Euro angesetzt. Dieser Betrag setzt sich aus den durchschnittlichen Lebenshaltungskosten gemäß Statistischem Bundesamt, dem Beitrag für freiwillig in der GKV Versicherte und einer realistischen, privat finanzierten Altersvorsorge zusammen, die davon ausgeht, dass zum Zeitpunkt des Ruhestands inflationsbereinigte 70 Prozent des vorherigen Nettoeinkommens zur Verfügung stehen müssen. Diese Werte können sicherlich kurzfristig um 10 bis 20 Prozent unterschritten werden, sind aber mittel- bis langfristig die Untergrenze für die Berechnung des kalkulatorischen Unternehmerlohns.

Bei der Ermittlung der Gesamtkosten kann auch auf vorhandene Ist-Daten z. B. des Vorjahres zurückgegriffen werden. Allerdings muss man dann bedenken, dass in den vom Steuerberater übermittelten Daten kein Unternehmergehalt berücksichtigt wird.

SCHRITT 3: Stundensatz kalkulieren

Wenn man die Gesamtkosten durch die Anzahl der produktiven Stunden teilt, dann weiß man, was eine produktive Stunde in der eigenen Praxis kostet. In der Tabelle Stundensatz (Abb. 3) kann man diesen Wert als Netto-Stundensatz einfach ablesen (E 3). In diesen Kosten ist allerdings noch kein Gewinn berücksichtigt. Deswegen kann man einen prozentualen Gewinnaufschlag eingeben (E 4) und erhält dann mit dem Brutto-Stundensatz (E 5) die tatsächlichen Kosten je produktiver Arbeitsstunde.

Beispiel: Darf man als Therapeut einen „Gewinnaufschlag" berechnen? Der Gewinn ist der Preis für das Risiko, das ein Praxisinhaber beispielsweise eingeht, wenn er einen Mietvertrag für seine Praxisräume über zehn Jahre abschließt, ohne zu wissen, ob in zehn Jahren die Kassen überhaupt noch für Therapie zahlen. Außerdem hat der Praxisinhaber eigenes (oder geliehenes) Geld in die Praxisausstattung investiert, das in irgendeiner Form verzinst werden muss. Genau dafür dient der Gewinnaufschlag. Es gilt: Je größer das Risiko, desto höher der Aufschlag. Das ist wie bei einem Sparbuch – null Risiko wird aktuell auch gar nicht verzinst, hohes Risiko entsprechend höher. Wenn beispielsweise eine ganz normale Hausbank schon neun Prozent Zinsen für einen Überziehungskredit verlangt, ist klar, dass der Gewinnaufschlag in der Therapiepraxis mindestens 15 bis 17 Prozent betragen muss.

2. Gesamtkosten ermitteln

Eingabefelder sind beige!

Nr.	D Kostenarten (Jahreswerte)	
D1	Kalkulatorischer Unternehmerlohn	47.724,00 €
D2	Personalkosten inkl. Nebenkosten (ohne Unternehmerlohn)	5.040,00 €
D3	Raumkosten	7.560 €
D4	Versicherungen, Beiträge	1.200,00 €
D5	Kraftfahrzeugkosten	6.000,00 €
D6	Werbe- und Reisekosten	600,00 €
D7	Reparaturen, Instandhaltung, AfA für Erstrenovierung	1.225,00 €
D8	Leasinggebühren	1.200,00 €
D9	Telefon, Fax, Internet, Kommunikation	1.200,00 €
D10	Büro- und Praxisbedarf	1.800,00 €
D11	Rechts- und Beratungskosten	1.200,00 €
D12	Fortbildungskosten	500,00 €
D13	Sonstige Aufwendungen	1.200,00 €
D14	Betriebliche Steuern	- €
D15	Abschreibungen	10.561,25 €
D16	Summe Kosten	87.010,25 €

Abb. 2

Heilmitteltherapie ist chronisch unterbezahlt

Wer die Preise je Therapieminute, die mit der GKV angerechnet werden können, kennt (siehe Seite 14), der kann sofort erkennen, dass die von uns hier vorsichtig kalkulierten Kosten durch die GKV-Honorare nicht gedeckt sind. Faktisch verlieren viele Therapiepraxen bei jeder Behandlung eines Kassenpatienten Geld, teilweise sogar viel Geld. *(bu)*

Abb. 3

3. Kosten je produktiver Arbeitsstunde

Eingabefelder sind beige!

Nr.	E Kosten je Arbeitsstunde ermitteln (inklusive Gewinn)	
E1	Gesamtkosten der Praxis	87.010,25 €
E2	Produktive Stunden/Jahr	1539
E3	Netto-Stundensatz	56,53 €
E4	Gewinnaufschlag/Stunde in %	15%
E5	Brutto-Stundensatz	65,01 €
E6	Maximal möglicher Gewinn	13.051,54 €

TIPP

Der erste Schritt zur Veränderung ist sicherlich, dass Sie sich selbst klar machen, wie hoch die Kosten je Therapiestunde eigentlich in Ihrer Praxis sind. Und dann dafür sorgen, dass Sie wenigstens Ihre Kosten pro Stunde wieder erwirtschaften.

> Service

Die Kalkulationstabellen können **up|plus**-Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen oder im *www.buchner-shop.de* downloaden. Am 27.1.2014 findet um 19 Uhr ein kostenloses Online-Seminar für *up*-Abonnenten statt. Anmeldung bei der Hotline.

Preiserhöhungen erfolgreich durchsetzen

Welcher Therapeuten-Typ sind Sie?

Betriebswirtschaftlich lebenswichtige Zuzahlungen seinen Patienten überzeugend zu kommunizieren, lernt man nicht im Studium. Und im Alltag fehlen einem schnell die richtigen Worte. Wer als Therapeut weiß, welche Argumente genau für ihn und seine Praxis die richtigen sind, ist klar im Vorteil.

Hauptmotivation, diesen Beruf zu ergreifen, ist, für andere da zu sein. Das hat viel mit Ethik und Gefühlen zu tun. Aber ohne Geld und Monetik geht es halt auch nicht. Das ist ein Zwiespalt, vor dem viele Heilmittelerbringer stehen. Und sie schwer Worte finden lässt, wenn es um notwendige und verdiente Preiserhöhungen geht.

Ein andere Stolperfalle liegt oft in ihrer eigenen Persönlichkeit: Der eine Therapeut schwört auf eine optimale Praxisorganisation, der andere auf wissenschaftliche Belege, der nächste auf sein gutes Bauchgefühl. Alles richtig. Aber auch immer eine Sichtweise, die der Patient nicht teilen muss. Und die für ihn nicht zwingend ein Argument darstellt, für die erbrachte Leistung einen höheren Preis zu zahlen. Obwohl diese engagierte Herangehensweise seines Therapeuten eigentlich ein besonderer Praxisvorteil ist, den er als Patient da genießt.

> „Für jeden Typ gibt es ganz individuelle Möglichkeiten, seine inneren und äußeren Blockaden zu lösen."

Experten unterscheiden fünf Behandler-Typen

Fünf Typen unterscheiden Experten deshalb bei den Therapeuten. Jeder hat seine typischen Kommunikationsprobleme. Aber für jeden gibt es auch ganz individuelle Möglichkeiten, seine inneren und äußeren Blockaden zu lösen. Das Schöne dabei ist: Davon profitiert nicht nur das Patientengespräch. Auch Rücksprachen mit Mitarbeitern und Ärzten werden dadurch leichter. Schauen Sie doch mal, welcher Therapeuten-Typ Sie sind. Diese Tipps können Ihnen nicht nur helfen, eine angemessene Bezahlung für Ihre Leistung zu bekommen. Sie machen Ihnen auch das Leben leichter!

DER SELBSTVERWIRKLICHER

Typische Blockade: Er achtet zu sehr darauf, was er alles für den Patienten tun könnte. Und vergisst dabei, dass jede gesunde Beziehung auf dem Prinzip Leistung und Gegenleistung beruht. Er gibt mehr, als er zurückbekommt. Die Folge: Wenn er nicht auch eine Anerkennung in Form von Geld fordert, stellt er sein Licht unter den Scheffel. Denn was nichts kostet, ist auch nichts wert. Das führt auf lange Sicht dazu, dass er sich ausgenutzt fühlt. Und seine innere Balance verliert.

Hier sollten Sie umdenken: Erkennen Sie, dass Ihre Patienten nicht nur menschlich, sondern auch bezahlungstechnisch in Ihrer Schuld stehen. Und das Sie das Recht haben, dafür eine Gegenleistung zu fordern. Fragen Sie sich: Ist die Leistung, die ich erbringe, den Preis wert? Oder verkaufe ich mich – bei aller Liebe – unter Preis und werte dadurch meine therapeutische Leistung ab?

Praktische Umsetzung: Machen Sie sich klar, dass Sie auch jemanden brauchen, der auf Sie aufpasst. Jemanden, der für den Selbstverwirklicher sorgt. Fragen Sie sich, was eine innere Beschützerin oder eine gute Freundin zu Ihnen sagen würde, wenn Sie mal wieder Gefahr laufen, Ihre Leistung zu verschleudern. Und dann halten Sie sich daran! Wenn Sie sich ausgenutzt und kraftlos fühlen, weil Sie nie etwas von Ihren Patienten fordern, sind Sie irgend wann auch kein guter Behandler mehr.

Alltagstipp: Machen Sie Ihre besondere Fürsorge und damit den Nutzen Ihrer Therapie Ihren Patienten bewusst. Indem Sie auch kleine Erfolge beim Namen nennen: „Spüren Sie, wie Sie sich schon besser bewegen können?". Sie machen Ihre Qualität damit für Ihren Gesprächspartner sichtbar. Und nehmen sich selbst den Druck, alles im eigentlichen Verkaufsgespräch erwähnen zu müssen.

DER GEWINNOPTIMIERER

Typische Blockade: Seine Stolperfalle besteht darin, dass bei ihm die Monetik zu sehr im Vordergrund steht. Er hinterlässt deshalb beim Patienten den Eindruck,

dass es nur darum geht, etwas zu verkaufen. Der Patient hat dann das Gefühl: Der meint gar nicht mich. Der will nur mein Geld.

Hier sollten Sie umdenken: Wenn es Ihnen gelingt, Ihren Standpunkt ein wenig zu verändern, helfen Sie sich selbst und Ihren Patienten. Prüfen Sie immer, ob Sie etwas anbieten, um es zu verkaufen. Oder ob Sie etwas verkaufen, um dem Patienten etwas zu bieten. Das ist ein minimaler Unterschied, aber das spürt der Patient! An Ihrer Körperhaltung, an Ihrer Stimme.

Praktische Umsetzung: Die zentrale Frage, mit der Sie ein Angebot erfolgreich formulieren, lautet: Was aus meinem Angebot wäre für genau diesen Patienten hilfreich? Mit der punktgenauen Antwort auf diese Frage sind Sie auf dem richtigen Weg.

DER WISSENSCHAFTLER

Typische Blockade: Er ist so in der Forschung und den neusten therapeutischen Möglichkeiten und Erkenntnissen drin, dass er schnell über das Verständnis und die Bedürfnisse des Patienten hinaus formuliert. Er sieht die wissenschaftlichen Belege, die statistischen Erfolge. Aber er übersieht schnell den einzelnen Patienten genau vor sich mit seinen individuellen Bedürfnissen.

Hier sollten Sie umdenken: Versuchen Sie die Menschen immer da abzuholen, wo sie sind. Dabei sollten Sie Ihr besonderes Wissen verständlich und lebendig machen. Sonst hat keiner etwas davon, Sie nicht und auch nicht Ihre Patienten. Und behalten Sie dabei immer im Auge: Die Forschung dient dem Wohl der Patienten. Nicht der Patient dient der Forschung.

Praktische Umsetzung: Brechen Sie Ihr Know-how auf den jeweiligen Patienten runter, egal ob Handwerker oder Hochschullehrer. Bauen Sie sprachlich und inhaltlich eine Brücke. Damit der Patient erkennen kann, was das ganze Forschen speziell ihm für seine Gesundheit bringt.

DER VISIONÄR

Typische Blockade: Er ist begeistert von den Möglichkeiten, die moderne Therapien bieten. Er will dem Patienten eigentlich etwas Gutes tun. Doch dieser zieht sich immer weiter zurück, weil er sich durch zu viel Neues überfordert fühlt. Er verliert die Sicherheit und damit das Vertrauen in die Therapie. Aber genau diese Motivation braucht der Patient. Sie lässt ihn Termine einhalten und seine Rechnungen bezahlen.

Hier sollten Sie umdenken: Achten Sie darauf, dass Sie mit Ihren Vorstellungen nicht so weit in der Zukunft sind, dass die Gegenwart darunter leidet. Schauen Sie sich immer an, wen Sie vor sich haben. Einen älteren, eher konservativen Gesprächspartner müssen Sie anders an Neues heranführen als jemanden, der von sich aus aufgeschlossen für dieses Thema ist.

Praktische Umsetzung: Lassen Sie Neuerungen behutsam einfließen. Und denken Sie bei Gesprächen daran, dass Sie mit Ihrer Begeisterung Ihre Patienten und auch Ärzte schnell überfordern können. Keiner fühlt sich gerne dumm oder gibt freiwillig zu, dass er eigentlich nur Bahnhof versteht.

DER ORGANISIERER

Typische Blockade: Bei ihm besteht die Gefahr, dass er seine Praxis irgendwann nur noch um des Organisierens willen organisiert und sein eigentliches Ziel aus den Augen verliert: das Wohlergehen des Patienten. Dieser Fall tritt ein, wenn ein Patient dringend Hilfe will und sich erst mal diversen Organisationsabläufen unterziehen muss. Er fühlt sich nicht mehr als Mensch, sondern als irgendein Fall. Das verhindert eine Patientenbindung. Und dann ist es auch schwer, so jemandem etwas vertrauensvoll zu verkaufen.

Hier sollten Sie umdenken: Organisation dient immer einem Ziel und ist nicht Selbstzweck. Sie ist ein Diener. Sie sollte nicht der Herr im Haus sein. Qualitätsmanagement ist eine wunderbare Sache. Aber wenn man damit übertreibt, kann es dazu führen, dass Mitarbeiter glauben: „Ich muss gar nicht mehr selber denken, es steht nicht im Diagramm. Zu viel Organisation tötet ab, nimmt Ihrer Praxis die Lebendigkeit.

Praktische Umsetzung: Stellen Sie sich zur Kontrolle folgende Frage: Sind Sie noch Herr im Haus, sind Sie noch warm und anfassbar und sympathisch? Oder hat die Organisation bereits das Zepter übernommen. Versuchen Sie verstärkt darauf zu achten, was Ihr Patient eigentlich will und braucht. Und Ihren Praxisablauf dahin gehend anzupassen. Mit Freiraum für Spontanität und Individualität auch für Ihre Mitarbeiter.

„Im Idealfall schaffen Sie es, diese Handvoll von Typen alle in sich zu Wort kommen zu lassen."

Seien Sie ein bisschen von jedem Typ

Im Idealfall schaffen Sie es, diese Handvoll von Typen alle in sich zu Wort kommen zu lassen. Dann steht der Gewinnoptimierer dem Selbstverwirklicher zur Seite. Der Wissenschaftler und der Visionär arbeiten Hand in Hand zusammen. Und der Organisierer sorgt dafür, dass alles gut läuft und gemeinsam die gewünschten Ziele erreicht werden. *(pk)*

TIPP

Wenn Sie erkennen, wo Sie jetzt sind und was Sie optimieren wollen, können Sie daran arbeiten und sich selbst stark machen. Wer sich selbstbewusst, authentisch und sympathisch um seine Patienten kümmert, baut Vertrauen auf. Und Vertrauen ist nicht nur das A & O für befriedigende Preisverhandlungen, sondern auch für erfolgreiche Therapien und ein glückliches Leben.

Zusätzliche Informationen zu dem Thema finden Sie in „(Ver)kaufen leicht gemacht" von Barbara Hagen-Bernhardt im www.buchner-shop.de.

Das Halten des optimalen Körpergewichts in Verbindung mit gleichzeitiger sportlicher Aktivität ist in jedem Alter der beste Schutz vor Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen.

Weltweite Studie bringt neue Erkenntnisse

Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle kann gezielt verringert werden

Eine aktuelle Studie zum Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen bei Übergewichtigen zeigt, dass die Hälfte der damit verbundenen Herzinfarkte eine andere Ursache haben muss. Die Auswertung von 97 weltweiten Studien mit 1,8 Millionen Teilnehmern kam jetzt zu diesem Ergebnis. Die Metaanalyse zeigt auch, dass durch die gezielte Reduzierung der drei wichtigsten Risikofaktoren Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte die Erkrankungswahrscheinlichkeit um fast 50 Prozent gesenkt werden kann.

Die drei wichtigsten Faktoren für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems bei Übergewicht und Fettleibigkeit sind Bluthochdruck, erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte. Sie sind für 46 Prozent der Herzinfarkte und 76 Prozent des Schlaganfälle verantwortlich. Die größte Gefahr dabei ist der Bluthochdruck. Er allein verursacht schon 31 Prozent der Herzinfarkte und 65 Prozent der Schlaganfälle. Davon betroffen sind Europäer genauso wie Afrikaner, Asiaten, Australier und Amerikaner.

HINTERGRUND

Übergewicht besteht, wenn der Body-Mass-Index (BMI) zwischen 25 bis 30 kg/m² liegt. Dickleibigkeit (Adipositas) beginnt ab einem BMI von über 30 kg/m². Weltweit hat sich die Rate der Adipösen seit 1980 verdoppelt. Mehr als 1,4 Billionen Menschen über zwanzig sind übergewichtig oder fettleibig.

Sportliche Aktivität in jedem Alter ist der beste Schutz

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass alles, was den Blutdruck, den Cholesterinspiegel und den Blutzuckerwert senkt, das erhöhte Risiko eines Herzinfarktes um 50 Prozent und das eines Schlaganfalls um sogar 75 Prozent verringert. Das Halten des optimalen Körpergewichts bei gleichzeitiger sportlicher Aktivität in jedem Alter ist dabei der beste Schutz.

Unabhängig von den drei genannten Risikofaktoren stehen aber laut der Analyse auch noch andere Auslöser im Verdacht, bei Übergewichtigen für Herzinfarkte und Schlaganfälle verantwortlich zu sein. Eine erhöhte Herzfrequenz, verursacht durch eine Überaktivität des Sympathikus, stellt genau so eine mögliche Gefahrenquelle dar wie chronische Entzündungen, wie sie z. B. im Bauchfettgewebe ablaufen. Aber auch fehlende kardiovaskuläre Fitness auf Grund von Bewegungsmangel spielt laut der Forscher wahrscheinlich eine wichtige Rolle. *(pk)*

> Service

Nähere Einzelheiten zu der Studie finden Sie unter: *www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961836-X/abstract.*

Neue Metastudie belegt

Regelmäßige Bewegung schützt vor Demenz

Regelmäßige Bewegung kann vor Demenz schützen. Das berichtet das Apothekenmagazin „Diabetes Ratgeber“ und bezieht sich auf eine Studie der Zentralklinik Bad Berka, die auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Dresden vorgestellt wurde. Danach sinkt das Alzheimer-Risiko älterer Menschen bei regelmäßiger Bewegung um 37 Prozent und für leichtere kognitive Defizite sogar um 46 Prozent.

„Körperliche Inaktivität ist weltweit die vierthäufigste Todesursache und ein Auslöser vieler Volkskrankheiten“, erklärt Professor Carl Reimers, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Neurologie Bad Berka und seit November 2013 Leiter der Fachabteilung Neurologie der Paracelsus-Klinik Bremen. Etwa 1,4 Millionen Menschen sind in Deutschland an Demenz erkrankt. Die Zahl wird sich nach Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung bis 2050 verdoppeln, sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt. In einer Metaanalyse von Studien, die bis Anfang 2012 publiziert wurden, untersuchten Reimers und Kollegen, ob sich ein demenz-präventiver Effekt von Bewegung tatsächlich epidemiologisch belegen lässt.

Sport senkt das Alzheimer-Risiko um 37 Prozent

Fazit: Regelmäßige körperliche Aktivität wirkt sich sowohl kurz- als auch langfristig positiv auf kognitive Leistungen aus. Bei älteren Menschen sinkt das Risiko für eine Alzheimer-Demenz um 37 Prozent und für leichtere geistige Einschränkungen sogar um 46 Prozent. Die positive Wirkung ist in jedem Lebensalter nachweisbar. Sport und Bewegung erhöhen z. B. auch bei Jugendlichen die Leistungsfähigkeit des Gehirns, so die Studie.

Körperliche Bewegung verringert auch das Schlaganfall-Risiko

Zudem senkt regelmäßige körperliche Bewegung das Risiko für einen Schlaganfall. Er trifft in Deutschland jedes Jahr rund 270.000 Menschen, etwa die Hälfte davon im erwerbsfähigen Alter. Blutgerinnsel im Gehirn sind der häufigste Grund bleibender körperlicher Beeinträchtigung und eine finanzielle Belastung für die Sozialsysteme der industrialisierten Länder. „Jeden Tag sterben daran in Deutschland 200 bis 300 Menschen. Umso bedeutsamer ist, dass sich etwa ein Viertel aller Schlaganfälle alleine durch Sport oder regelmäßige körperliche Aktivität verhindern lässt. Berücksichtigt man zudem die günstige Wirkung auf Blutdruck, Fett- und Zuckerstoffwechsel, so wird der Effekt vermutlich noch größer“, erklärt Dr. Guntram Ickenstein, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Helios Klinikum Aue. *(ks)*

Regelmäßige körperliche Aktivität wirkt sich sowohl kurz- als auch langfristig positiv auf das Gehirn aus.

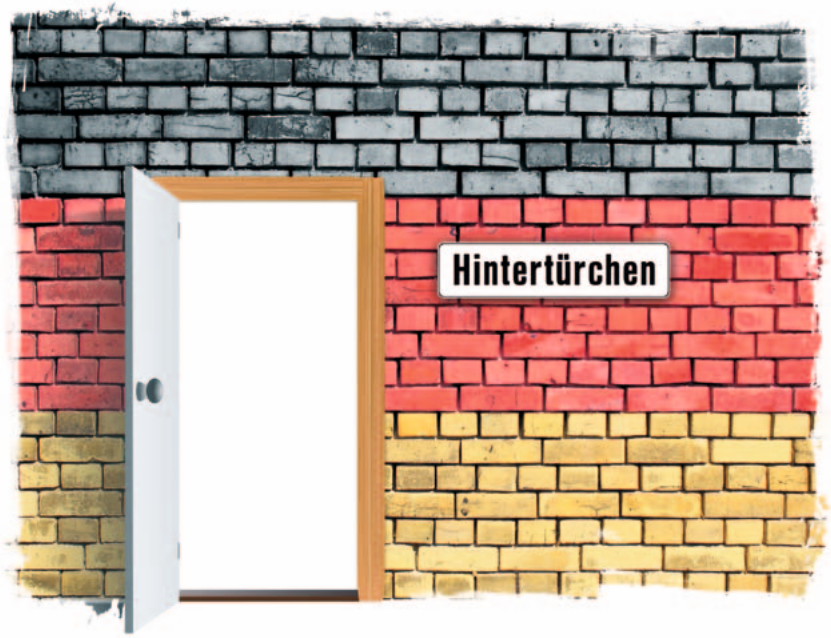
> Service

Das Fachbuch von Carl D. Reimers et al. (Hrsg.) „Prävention und Therapie neurologischer und psychischer Erkrankungen durch Sport“ wird im Januar 2014 im Elsevier-Fachverlag, München, erscheinen. Ein Abstract der Studie finden Sie unter *https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_neurologie/koerperliche_aktivitaet.pdf.*

Das sollten Sie wissen!

Faktencheck elektronische Gesundheitskarte

Am 1. Januar 2014 erfolgt jetzt die Umstellung zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit Passbild. Doch wie viele Versicherte haben tatsächlich schon die neue Karte? Und was bedeutet es für Therapeuten, wenn Patienten nach dem Stichtag noch keine neue haben? Hier einige interessante Antworten zu diesem Thema.



Seit 2006 wird die Umstellung zur elektronischen Gesundheitskarte geplant. Seit 2012 werden die dafür notwendigen Lesegeräte an die Arztpraxen ausgeliefert. Bereits 2011 wurden die ersten eGKs an Versicherte ausgegeben. Theoretisch könnte die Umstellung also in trockenen Tüchern sein. Ist sie aber nicht.

Eine aktuelle Umfrage der *up*-Redaktion bei den Krankenkassen ergab, dass zwischen zehn Prozent (DAK) und vier Prozent (AOK Baden-Württemberg) der Versicherten noch keine neue Karte haben. Vier Prozent hören sich erst Mal durchaus positiv an. Aber bei einer Mitgliederzahl von 3,9 Millionen Versicherten wären das allein für diesen Landesverband der AOK immerhin 156.000 Menschen ohne offiziell gültige Versichertenkarte. Auf jeden Fall ein bürokratisches Dilemma, für das eine Regelung gefunden werden musste. Aber auch ein juristisches: Denn natürlich sind die Patienten trotzdem versichert. Wie geht man also damit um?

Zu viele Versicherte haben noch keine elektronische Gesundheitskarte

Diese Problematik ist auch den Ärzteverbänden und Krankenkassen bewusst. Deshalb haben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Zusatzvertrag zum bereits bestehenden Mantelvertrag abgeschlossen, der am 1. Oktober in Kraft getreten ist.

In § 4 steht da, was eigentlich alle schon wissen und per Gesetz abgesegnet ist: „Ab 1.1.2014 gilt grundsätzlich gemäß § 19 BMV-Ä die elektronische Gesundheitskarte als Nachweis für die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen. Die Krankenversichertenkarte verliert damit zum 31.12.2013 ihre Gültigkeit."

Dafür hätten Ärzte und Kassen diesen Zusatzvertrag nicht abschließen müssen. Der Satz, um den es eigentlich geht, versteckt sich ganz am Ende in den Schlussbestimmungen unter § 8, Absatz 4: „In der Übergangszeit werden die Daten der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der Krankenversichertenkarte bis zum 30.9.2014 gemäß Technischer Anlage umgeschlüsselt."

Krankenkassen und Ärzte haben ein Hintertürchen geschaffen

Was da schön umständlich und unverständlich steht, bezeichnen Vertreter der Krankenkasse selbst als Grauzone, die sie nicht glücklich macht und die sie ungern kommuniziert wissen möchten. Aber de facto haben sie damit selbst eine Hintertür geschaffen, durch die die alte Versichertenkarte legitim weiter nutzbar ist. Die neuen Lesegeräte können eh beide Karten lesen, die alte Krankenversichertenkarte ohne Bild und die neue mit. Die Daten darauf bleiben auch erst mal dieselben.

Stress im Behandlungsalltag kann aber tatsächlich Absatz 2.1 des Anhangs bringen, wenn zuweisende Ärzte nicht wissen, dass sie einfach die alte Karte einlesen und wie gewohnt abrechnen können: „Kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall die Identität des Versicherten nicht bestätigt werden, oder kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung eine gültige elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt werden, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird."

Hier müssen Heilmittelerbringer aufpassen

Handeln die Ärzte gemäß dieser Aufforderung, tritt nämlich für die Therapeuten folgender, in der Anlage definierter Ernstfall ein: „Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel kann der Vertragsarzt in derartigen Fällen ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis" privat verordnen."

Therapeuten, die sich nicht mit solchen Spezialrezepten herumärgern wollen, sollten sicherstellen, dass sowohl ihre Patienten als auch ihre zuweisenden Ärzte über ihre Rechte und die Möglichkeiten des entspannten Umgangs mit der Umstellung auf die neue elektronische Gesundheitskarte informiert sind. *(pk)*

> Service

Wenn Sie den Gesetzestext noch einmal im Original nachlesen wollen, können Sie sich die Vereinbarung als PDF-Datei unter *www.kbv.de/media/sp/04a_elektr._Gesundheitskarte.pdf* herunterladen.

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im Januar und Februar

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen, auf den Punkt gebracht, mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Lösungen vor, um die Praxisorganisation zu optimieren, die Abrechnung zu erleichtern und den Umsatz erfolgreich zu steigern.

Anmeldung unter: Tel.: 04307-8119800, E-Mail: info@buchner-consulting.de. **Nähere Informationen, aktuelle Zusatztermine und Terminänderungen finden Sie unter:** *www.buchner-seminare.de* oder *www.buchner-shop.de*.

Präsenz-Seminare

Datum	Titel	Ort	Preis netto
16.01.14	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	Hamburg	199,50 €
24. / 25.01.14	Mitarbeiterführung	Berlin	329,50 €
30.01.14	Von der Pflicht zur Kür – Buchhaltung mal anders	Köln	199,50 €
31.01. / 01.02.14	Sicherung der beruflichen Existenz – betriebswirtschaftliche Grundlagen für Therapeuten	Köln	329,50 €
06.02.14	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	Leipzig	199,50 €
07. / 08.02.14	Selbstzahlerleistung	München	329,50 €
13.02.14	Dreamteam Arzt und Therapeut	Hamburg	199,50 €
14. / 15.02.14	Rezeption - Ort der Entscheidung	Hamburg	329,50 €
20.02.14	Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	Frankfurt	199,50 €
21.02.14	Privatpreise ohne Diskussion	Frankfurt	199,50 €
27.02.14	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	München	199,50 €

Online-Seminare

Datum	Titel	Uhrzeit	Preis netto
08.01.14	Mit dem richtigen Therapiebericht langfristigen Heilmittelbedarf begründen	19 Uhr	25,13 €
23.01.14	Der Verordnungs-Check	19 Uhr	25,13 €
29.01.14	Extrabudgetär verordnen lassen	19 Uhr	25,13 €
03.02.14	E1: „Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung“	14 Uhr	25,13 €
03.02.14	E2: „Gute Gründe für gute Berichte“	16 Uhr	25,13 €
10.02.14	Privatpreise gestalten	19 Uhr	25,13 €
25.02.14	Schummeln unnötig	19 Uhr	25,13 €

Kunden werben Kunden...

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **up** geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

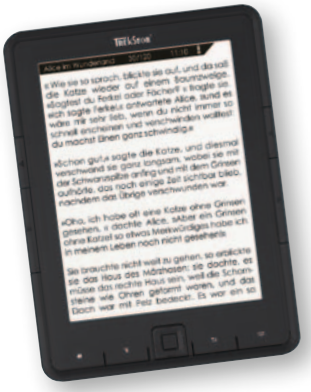
☐ Prämie 1:
TREKSTOR Tablet-PC „BREEZE Multi Touch“, schwarz

Android 4.0 Betriebssystem. 512 MB Arbeitsspeicher, 1,2 GHz Prozessor, 4 GB-Festplatte, 0,3 Megapixel-Kamera, Maße: ca. B 11,6 x H 1,2 x L 19,2 cm

☐ Prämie 2:
TASSIMO „TAS 2002“, schwarz

Frischer Kaffee, Espresso, Cappuccino, Latte Macchiato, Tee oder Kakao-Spezialitäten

(Abgebildete Tasse nicht inbegriffen)



☐ Prämie 3:
AEG Musik-Center, schwarz/silber

Edle Kompaktanlage als Heim-Audiosystem, spielt alle gängigen CD-Formate und MP3-Dateien ab

☐ Prämie 4:
TREKSTOR eBook Reader „Pyrus“, schwarz

Gestochen scharfe Schrift für entspanntes Lesen auch bei Sonneneinstrahlung, einstellbare Schriftgröße
Maße: ca. B 16,7 x H 12,4 x T 0,9 cm

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon | Faxnummer

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

☐ Ja, ich möchte **up** abonnieren!

Ich möchte **up** ab der nächsten Ausgabe zum reduzierten Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

Vorname, Name

Praxis

Funktion in der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon | Faxnummer

E-Mail-Adresse | Webseite

Datum, Unterschrift:

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag per Post oder an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-1 35 82 20

buchner

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