11 | 2014

up unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologen

Inhalt Seite

Branchenmonitor 3
Aktuelle Informationen aus und für die Heilmittel-Branche
Termine, News, Gesundheitspolitik, Finanzen,
Tipps und Material – Kurz auf den Punkt gebracht

Erster Entwurf für zweites Versorgungsgesetz 6
Probleme der Heilmittel-Branche werden weiter verstärkt

Schwerpunkt: Aussicht 2015
Zukunft der Heilmittel-Branche 8
Mehr Prävention und weniger Steuern?
Die Akteure im Gesundheitswesen 11
Heilmittellandschaft im Umbruch 12
Interview mit Karl-Heinz Kellermann (SHV)
Eigenständigkeit bedeutet stärkere Verantwortung 13
Interview mit Henning Horst (vdek)
Grün, rot, schwarz – up hat Gesundheitspolitiker 14
im Bundestag befragt

Rahmenvorgaben 2015 veröffentlicht 17
4,8 Prozent mehr Spielraum für Heilmittel

Nachtrag Abrechnungstipp MLD 18
vdek bestätigt Abrechnung ohne ausdrückliche Verordnung

BGH bestätigt Verurteilung eines Pflegedienstes 20
Vertragsverstöße führen sicher zu Regressen
TK reduziert Zuschüsse 21
66 Prozent weniger für Osteopathie

Heilmittelvereinbarung 2014 22
Nordrhein: Höhere Richtgrößen und neue Praxisbesonderheiten
Urlaubsplanung 23
Ferien für die Praxis

Werbeideen für die Praxis 25
Mit Facebook die richtigen Kunden für Gruppenkurse finden

Alle Jahre wieder: 26
Aufmerksamkeiten für Mitarbeiter und Geschäftspartner
Bei Geschenken die Steuerersparnis nicht verschenken!

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

Liebe Leserinnen und Leser,

das nächste Jahr steht vor der Tür und es gibt einige Themen, die auf Praxisinhaber zukommen werden. Dazu finden Sie in dieser Ausgabe das Schwerpunktthema „Aussicht 2015". Eine umfassende Vorausschau zu erstellen, war gar nicht so einfach: Einige Institutionen im GKV-Sektor, die wir um Stellungnahmen gebeten hatten, waren nicht bereit, sich zur weiteren Entwicklung der Heilmittel-Branche zu äußern. Trotzdem lassen sich viele Themen erkennen, die für das nächste Jahr wichtig sind.

Der Gesetzentwurf zum neuen Versorgungsstärkungsgesetz verdeutlicht ein wenig, wie die Politik sich die Problemlösung im Heilmittelbereich vorstellt. Im Gesetz werden ganz allgemeine Rahmen vorgegeben, die die Heilmittelerbringer dann mit den Krankenkassen ausfüllen müssen. Allerdings wird dabei ein Grundproblem ignoriert: Die Krankenkassen haben eine viel stärkere Verhandlungsposition als die Heilmittelerbringer, deswegen wird der gesetzliche Rahmen oft zum Nachteil der Leistungserbringer ausgelegt. Insofern lohnt es sich für jeden Praxisinhaber, beim jeweiligen Bundestagsabgeordneten noch einmal um Nachbesserung zu bitten.

→ Zur Vereinfachung dieser Lobbyarbeit haben wir Textbausteine vorbereitet, die Sie dann nach Ihren eigenen Wünschen anpassen können (einfach unter redaktion@up-aktuell.de und dem Betreff „Textbausteine" anfordern).

Für Irritationen, die durch den letzten Abrechnungstipp zum Thema Manuelle Lymphdrainage entstanden sind, möchte ich mich entschuldigen. Zum besseren Verständnis haben wir in dieser Ausgabe noch einmal einen Nachtrag veröffentlicht.

Einen Vorschlag zu Vereinfachung des Themas Arztkommunikation machen wir Ihnen in dieser Ausgabe mit dem **heilmittel telegramm**. *Damit geben Sie nicht nur Informationen an Ihre Ärzte weiter, sondern können Ihren verordnenden Ärzten auch noch Fortbildungspunkte schenken!*

Viel Erfolg beim Umsetzen wünscht Ihnen Ihr

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)

ISSN 1869-2710
Heftpreis: 15 Euro | im Abo 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe
Ralf Buchner (bu),
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks),
Moritz Kohl (mk),
Katharina Münster (km),
Yvonne Millar (ym)
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout
schmolzeund**kühn**, kiel

Fotos
Titel: Uwe Reicherter; © fotolia.com: Marco281, karelnoppe (3), jackfrog (4), shootingankauf, Klaus Eppele (5), jameschipper (9), vege (11), Kellerman (12), Horst (13), Spahn, Mattheis (14), Scharfenberg (15), Wöllert (16), castelberry (17), sirikorn_t (18), absolutimages (19), contrastwerkstatt (20), DOC RABE Media (21), Techniker Kasse (23), Zarya Maxim (24), Woodapple (11)

Branchenmonitor

Bundesarbeitsgericht: Längere Kündigungsfristen für Betriebstreue rechtens

Praxismitarbeiter haben ein Recht auf längere Kündigungsfristen, wenn sie schon jahrelang in der Praxis beschäftigt sind. Das hat das höchste deutsche Arbeitsgericht in Erfurt kürzlich entschieden und erklärte es damit für rechtens, Kündigungsfristen nach der Dauer der Betriebszugehörigkeit zu staffeln. Die obersten Richter sahen keine mittelbare Diskriminierung von jüngeren Beschäftigten. Der bessere Kündigungsschutz für langjährige Mitarbeiter sei angemessen. Damit scheiterte eine 31-jährige Frau aus Hessen mit ihrer Klage auch in der dritten Instanz. Die gesetzliche Grundkündigungsfrist liegt nach der Probezeit bei vier Wochen. Später wird die Frist für den Arbeitgeber immer länger. Sie reicht von einer einmonatigen Kündigungsfrist bei zwei Jahren bis zu einer siebenmonatigen Kündigungsfrist bei 20 Jahren Beschäftigung.

„38,7 % mehr wert" – 20.000 Unterstützer in drei Wochen

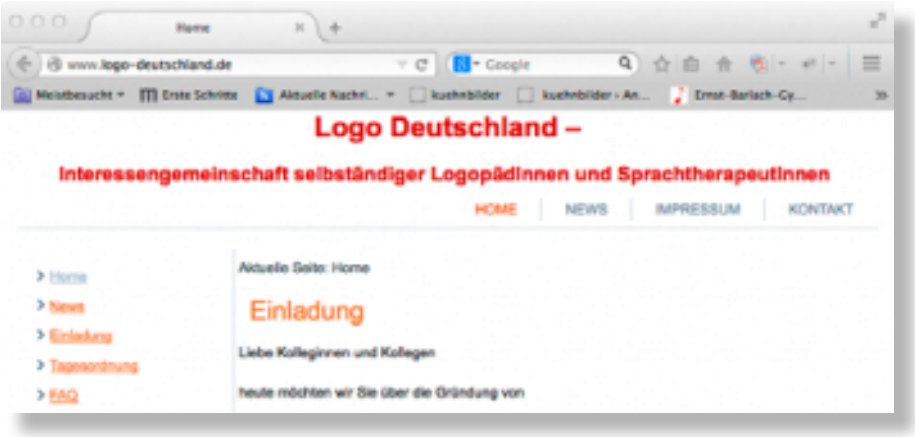
Für eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung in der Physiotherapie kämpft die Online-Kampagne „38,7 % mehr wert". Dahinter steht der Deutsche Verband für Physiotherapie, der den Aufruf am 18. September 2014 gestartet hat, um „auf die deutliche Gerechtigkeitslücke des deutschen Gesundheitssystems aufmerksam zu machen", wie er in einer Pressemeldung mitteilt. „Die mehr als 37.000 freien Praxen in Deutschland sollen durch verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen in ihrer Existenz gesichert und so langfristig für das deutsche Gesundheitssystem erhalten werden", heißt es darin weiter. Dass der Verband damit bei Physiotherapeuten und anderen Unterstützern offene Türen einrennt, zeigen die 20.000 Rückmeldungen, die in den ersten drei Wochen im Online-Beteiligungsportal der Kampagne eingegangen sind.

mehr: www.physiotherapie-ist-mehr-wert.de

Neuer Verband für Logopäden

Zur Gründung der Interessenvertretung laden die Initiatoren alle selbständigen Logopädinnen und Logopäden am Samstag, dem 29. November 2014 nach Frankfurt am Main ein. „Logo Deutschland – Interessengemeinschaft der selbständigen LogopädInnen und SprachtherapeutInnen" lautet der vollständige Name der Berufsvertretung. Bereits am Freitag stehen die acht Initiatoren – alle selbst Praxisinhaber mit langjähriger Erfahrung in der berufspolitischen Arbeit – zu informellen Gesprächen bereit. Als Ziel hebt Logo Deutschland in einer Pressemitteilung besonders die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage logopädischer Praxen hervor und sieht eines seiner langfristigen Ziele darin, „die Logopädie in Politik und Öffentlichkeit endlich als kompetente und unverzichtbare Profession im Gesundheitswesen zu positionieren".

mehr: www.logo-deutschland.de



Überhöhte Dispozinsen kosten viel Geld

Die Zinsen für das Überziehen des Girokontos sind hoch: Wer ins Minus rutscht, muss Dispozinsen von bis zu 14,25 Prozent zahlen. Das berichtet die Stiftung Warentest in einem kürzlich veröffentlichten Vergleich für die Zeitschrift „Finanztest". Die Verbraucherorganisation hatte die Konditionen von rund 1.500 Banken verglichen und stieß bei den Dispozinsen auf große Unterschiede: Der günstigste Anbieter verlangte 4,9 Prozent, im Schnitt zahlten die Kunden 10,65 Prozent (Stichtag: 1. August). „Viele Banken nehmen weiterhin unangemessen hohe Dispo-Zinsen und sind auch nicht transparent", kritisierte Verbraucherschutzminister Heiko Maas (SPD).
Therapeuten, die den Dispokredit nutzen, sollten sich die Bedingungen der Bank genau anschauen und prüfen, ob sich durch den Wechsel zu einem anderen Geldinstitut nicht unter Umständen viel Geld einsparen ließe.

mehr: www.finanztip.de/girokonto/

Branchenmonitor

Videospiele machen Kinder mit Zerebralparese selbständiger

Videospiele wirken sich bei Kindern mit Zerebralparese positiv auf die körperlichen Fähigkeiten aus. Dies berichtet das Wissens- und Informationsportal Medscape Deutschland und bezieht sich auf Ergebnisse des Symposiums „Innovationen in der Rehabilitation“, das kürzlich im Rahmen des Kinder- und Jugendärztekongresses in Leipzig stattfand. Die Botschaft der Experten: Hieß es für Therapeuten früher meistens „Hands on“, also den Patienten helfend zu stützen, lautet die Devise nun immer öfter „Hands off“. „Die Aktivität des Kindes steht im Mittelpunkt, das Lernen durch Probieren“, so Dr. Wolfgang Deppe, Chefarzt des Neurologischen Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche Klinik Bavaria in Kreischa. „Motivation spielt eine große Rolle, das Spiel dient als Medium und die Therapeuten sind Animateure.“ Wissenschaftliche Studien und neuartige Reha-Programme mit robotergestützten Laufbändern wie „Auf die Beine“ der Universitätsklinik Köln und der angegliederten UniReha GmbH (http://unireha.uk-koeln.de/zentrum-kinder-rehabilitation/behandlungskonzept-auf-die-beine), so die Experten weiter, belegen ebenfalls die Wirksamkeit solcher Therapieansätze.

mehr: www.medscapemedizin.de/artikel/4902648

Datensicherheit in der Cloud

Cloud-Computing ist inzwischen auch in Deutschland weit verbreitet. Immer mehr Unternehmen nutzen bereits die Speicherkapazität der Datenwolke. Cloud-Dienste funktionieren wie eine externe Festplatte, nur eben online. Ihr Vorteil liegt in den vergleichsweise geringen Kosten. Doch sind sie auch für Therapiepraxen eine Alternative?
Im medizinischen Bereich waren es bislang vorwiegend Kliniken mit mehreren Standorten oder Ärztenetze, die die Cloud-Lösungen einrichteten. Dabei liegt die größte Herausforderung für Praxen darin, den Schutz der Patientendaten sicherzustellen und damit den rechtlichen Vorgaben zu entsprechen. Kein Wunder also, dass Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Nutzung von Clouds in Praxen eher kritisch sehen. In ihren kürzlich überarbeiteten „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ halten sie die externe Speicherung dennoch unter bestimmten Bedingungen für „zulässig“: Die Daten müssen bereits in der Praxis – also bevor sie in die Cloud gehen – ausreichend verschlüsselt werden. Auch die Entschlüsselung darf nur in der Praxis erfolgen. Die Datenübertragung von Praxis zu Cloud und andersherum darf nur über einen verschlüsselten Kanal erfolgen. Beide Seiten der Kommunikation müssen sich gegenseitig authentifizieren.

mehr: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Schweigepflicht_2014.pdf

Tipps für einen gesunden Rücken in leicht verständlicher Sprache

Für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder geringen Deutschkenntnissen hat die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ihr Internet-Angebot erweitert und in Zusammenarbeit mit einem Prüfbüro Leichte Sprache die „Informationen für Beschäftigte in Leichter Sprache“ online gestellt. Auch für Therapeuten kann die Broschüre bei der Kommunikation mit Patienten hilfreich sein. Sie bietet neben allgemeinen Informationen zur Prävention von Rückenbeschwerden Tipps, wie Beschäftigte auch am Arbeitsplatz ihren Rücken schonen können.

mehr: Die „Informationen für Beschäftigte in Leichter Sprache“ können Sie unter www.deinruecken.de/media/download/broschueren_internet/RZ_Broschure_Leichte_Sprache_20140306.pdf herunterladen

Branchenmonitor

Physiotherapie senkt Klinik- und Arztbesuche bei Rheumatoider Arthritis

Physiotherapeuten spielen bei der Behandlung von Rheumatoider Arthritis (RA) eine entscheidende Rolle: Eine frühzeitige und aktive Therapie kann Krankenhausaufenthalte und ambulante Konsultationen verringern. Das ist das Ergebnis einer schwedischen Studie, die kürzlich in der Fachzeitschrift „Annals of the Rheumatisch Diseases“ veröffentlicht wurde. Die Wissenschaftler berichteten über einen Rückgang der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung bei Patienten mit RA in der schwedischen Region Skane während der 2000er Jahre um 20 bis 30 Prozent. Von 2001 bis 2010 sank die Zahl der Klinikaufenthalte bei Männern um 27, bei Frauen um 28 Prozent, die der Arztbesuche um 34 bzw. 18 Prozent.

mehr: Die schwedische Studie von Sophia Hagel u.a. (2013) finden Sie unter http://ard.bmj.com/content/72/7/1212.full

29. Herbsttagung Ergotherapie in Bad Dürkheim

Die Nutzung von Internet und PC für Praxisinhaber steht im Mittelpunkt der 29. Herbsttagung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE). Sie findet vom 14. bis 16. November 2014 im Kurpark-Hotel in Bad Dürkheim statt - in diesem Jahr auch wieder am Samstag mit einem Thementag Orthopädie, den der Fachausschuss für Selbständige gemeinsam mit dem Fachausschuss Orthopädie ausrichtet. Herbsttagung und Thementag kosten für DVE-Mitglieder 310 Euro (350 Euro für Nichtmitglieder), der Thementag allein 135 Euro bzw. 155 Euro.

mehr: Das Programm können Sie unter www.dve.info/fileadmin/upload/extensions/upload/HT_14_Programm_.pdf herunterladen

Bewegungstherapie bei Behandlung von Rheuma weiterhin wichtig

Bei der Behandlung von Rheuma bleibt Bewegungstherapie weiterhin ein wichtiger Baustein. Dies betonte Professor Dr. Klaus Krüger vom Praxiszentrum St. Bonifatius München auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). „Über die Fortschritte in der medikamentösen Therapie haben wir vergessen, dass Bewegung weiterhin bei Rheuma wichtig ist“, sagte er bei Vorstellung der aktualisierten Version der europäischen Empfehlungen für das Management der Rheumatoiden Arthritis (RA). Nur 20 Prozent der Patienten erhielten eine Bewegungstherapie und nur drei Prozent Ergotherapie. Hier gebe es Raum für Verbesserungen, so Krüger als Sprecher der Kommission Pharmakotherapie der DGRh weiter.

Erster Entwurf für zweites Versorgungsgesetz

Probleme der Heilmittel-Branche werden weiter verstärkt

Der erste Entwurf für ein neues GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) lässt der Heilmittel-Branche wenig Raum für Optimismus. Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Ärzten sollen künftig auf regionaler Ebene stattfinden. Verbesserte Arzt-Software und neue Formvorschriften in den Rahmenverträgen sollen Abrechnungskürzungen bei Heilmittelerbringern vermeiden. Das klingt zunächst vielversprechend, doch bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass der Gesetzesentwurf in seiner jetzigen Form die Probleme der Heilmittelerbringer nicht lösen wird, sondern eher noch verstärken könnte.

Im ersten Entwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung" setzen Union und SPD um, was sie im Koalitionsvertrag zu diesem Thema vereinbart haben. So soll das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiter ausgebaut und ergänzt werden. Kritische Stimme hingegen beklagen, dass der Gesetzentwurf grundlegende Probleme nur symptomatisch behandelt, ohne echte Neuerungen zu enthalten. Klingt die geplante Einrichtung von Terminservicestellen für Patienten zunächst positiv, stecke dahinter eine sich immer weiter vergrößernde Gesundheitsbürokratie. Gerade die geplante Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Änderungen bei den Abrechnungsabsetzungen wird besonders niedergelassene Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen betreffen.

Schlechtere Versorgung der Patienten durch regionale Vereinbarungen

Seit mittlerweile fast 15 Jahren besteht ein Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der richtlinienkonformen Heilmittel-Versorgung der GKV-Versicherten. Das belegen beispielsweise die jährlichen Heil- und Hilfsmittelberichte der BarmerGEK. Regeln bislang bundeseinheitliche Vorgaben die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sieht der neue Gesetzesentwurf vor, diese durch regionale Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu ersetzen. Solche regionalen Vereinbarungen sind allerdings bereits in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg im Ansatz umgesetzt und lassen erwarten, dass sich die Heilmittelversorgung der Patienten dadurch verschlechtern könnte. Denn in den genannten Bundesländern zeigt sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Höhe des Honorars der Ärzte auf der einen Seite und dem Volumen der Heilmittelausgaben auf der anderen: Die regionalen Vereinbarungen regeln teilweise ganz ausdrücklich, dass weniger Heilmittelverordnungen mehr Geld für die Ärzte bedeutet. Ob die Patienten dabei eine richtlinienkonforme Versorgung erhalten, scheint dabei keine Rolle zu spielen. Das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein hat auf Nachfrage einer Bundestagsabgeordneten sogar ausdrücklich betont, dass solche Vereinbarungen sinnvoll und üblich seien.

Regionalisierung verstärkt Unsicherheiten

„Die Vertragspartner auf Landesebenen sind bei der Ausgestaltung der Prüfungen grundsätzlich frei", heißt es weiter im Gesetzesentwurf. Damit könnten künftig in jedem Bundesland andere Regeln bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten. Mit der Folge, dass die Unsicherheit bei den niedergelassenen Ärzten wächst. Denn wenn Regelungen nur noch regional vereinbart werden, ist die einzige Auskunftsquelle die jeweilige KV. Nachfragen in anderen Bundesländer oder Erfahrungen von Kollegen aus anderen Ländern sind nicht mehr möglich. Die Abhängigkeit der niedergelassenen Ärzte wächst, damit auch die Unsicherheit, wie man sich richtig verhält. Und wenn man eine Erfahrung aus mehr als einem Jahrzehnt Heilmittelregresse gemacht hat, dann die, dass unsichere Ärzte im Zweifel einfach nicht verordnen. Für Therapeuten könnte es künftig schwieriger werden, Ärzte von Folgeverordnungen zu überzeugen.

Bei Absetzungen nichts Neues

Das Thema Retaxation – also die Kürzung oder Nichtbezahlung von Heilmittelbehandlung durch die Kostenträger aufgrund von Formfehlern – hat es zwar bis in den Koalitionsvertrag geschafft, ist im aktuellen Gesetzesentwurf jedoch leider nicht über eine kurze Erwähnung hinausgekommen. Zukünftig soll im § 125 SGB V ein ergänzender Satz festlegen, dass die Krankenkassen und die Heilmittelverbände jetzt „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung“ in den Rahmenempfehlungen vereinbaren müssen.

Hier sieht der Gesetzesentwurf eine Regelung vor, die in der Praxis so längst umgesetzt wird. In den Rahmenempfehlungen der Logopäden beispielsweise, gibt es eine entsprechende einheitliche Regelung seit über einem Jahr. Und auch die Ersatzkassen haben eine solche Vereinbarung mit den Heilmittelverbänden längst getroffen. Bislang hat dies bei den Absetzungen der Krankenkassen jedoch nicht zu einem signifikanten Rückgang geführt.

Retaxation: Neue Praxis-Software ändert nichts an alten Problemen

Aus Sicht der Heilmittelerbringer nutzen die Krankenkassen ihre beherrschende Stellung dazu, Therapeuten Prüfpflichten aufzuerlegen, die eigentlich bei den Ärzten liegen müssten. So sollen Heilmittelerbringer die Verordnungen der Mediziner inhaltlich überprüfen. Denn am Ende sind es die Therapeuten, die dem Problem der Retaxation gegenüberstehen, wenn sich die Krankenkassen weigern, die Kosten für die bereits erbrachten Leistungen zu übernehmen. Für die Kassen ist eine solche Regelung zwar praktisch, in der Realität stimmen ihre Vorstellungen, was Ärzte auf die Verordnungen zu schreiben haben, jedoch häufig nicht mit denen der KVen überein. Hier stehen die Heilmittelerbringer dann zwischen den Fronten. Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung, Praxis-Software auch für Heilmittel zu zertifizieren, wird an diesem Problem im Grundsatz nichts ändern können.

Apotheken als positives Beispiel

Dass im Bereich der Retaxation auch ganz andere Regelungen möglich sind, zeigt der Gesetzentwurf für Apotheken. Dort heißt es: „ In dem Rahmenvertrag [der Apotheken] ist zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt." Mit einer solchen Regelung könnten Heilmittelerbringer bestimmt auch leben. *(bu)*

GANZ KONKRET

Der Gesetzesentwurf in seiner derzeitigen Form wird den Patienten nicht gerecht, die Heilmittel zur Wiederherstellung und zum Erhalt ihrer Lebensqualität benötigen und die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilmittel haben (siehe SGB V und Urteile des BSG). Auch den Interessen der Heilmittelerbringer wird hier nicht ausreichend Rechnung getragen. Als Heilmittelerbringer müssen Sie das nicht tatenlos hinnehmen. Bei dem jetzt vorgelegten Entwurf handelt es sich noch um eine nicht abgesprochene Version. Deshalb können Sie sich an Ihren Repräsentanten im Parlament, den Bundestagsabgeordneten Ihres Wahlkreises wenden, und sinnvolle Nachbesserungen fordern. Dazu gehört die Verlagerung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die konsequente Anwendung der Heilmittel-Richtlinie und ein klares Verbot von Retaxation bei nicht therapierelevanten Formfehlern des Arztes auf der Heilmittelverordnung.

Zukunft der Heilmittel-Branche

Mehr Prävention und weniger Steuern?

Zum Jahreswechsel ändert sich mehr als nur die Jahreszahl. Auch für die Arbeit von Heilmittelerbringern stehen im Jahr 2015 wieder Veränderungen auf dem Programm. Bestimmt werden sie von gesundheitspolitischen Entscheidungen in den Fachabteilungen der Krankenkassen, in Verhandlungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen der Ärzte und Heilmittelverbänden, im Gesundheitsministerium und den Ausschüssen des Bundestages. up hat in der Politik, bei Krankenkassen und bei den Berufsverbänden nachgefragt, wie deren Erwartungen für die nächsten Jahre aussehen und womit Praxisinhaber rechnen müssen.

Auch Heilmittelerbringer können auf das gesundheitspolitische Geschehen Einfluss nehmen. Sie können sich in Parteien, sozialen Medien und Verbänden engagieren, Petitionen starten, Unterschriften sammeln und im Praxisalltag auf ihren Rechten bestehen, notfalls vor Gericht. Wie up im September berichtete, erheben dabei sowohl etablierte Verbände als auch jüngere Interessenvertretungen häufig ähnliche Forderungen. Manche dieser Themen der Branche sind bereits auf der Agenda der Politik gelandet, etwa die Heilmittelrichtlinie. Andere Probleme, wie die ausufernde Bürokratie, sind noch weit davon entfernt, gelöst zu werden. Wir haben für Sie einen Überblick zusammengestellt, in welchen Bereichen für 2015 konkrete Änderungen geplant sind, wo sich etwas tun sollte und welche Themen für Praxisinhaber umsetzungsrelevant sein können.

Ost-West-Gefälle und Grundlohnsummenbindung

Eine offensichtliche Schieflage zeigt sich bei der Vergütung der Heilmittelerbringer – diese ist im Osten nach wie vor deutlich niedriger. „Für eine podologische Komplexbehandlung bekommen Kollegen in den neuen Bundesländern etwa fünf Euro weniger“, klagt Dirk Reher, Präsident des Zentralverbands der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V. (ZFD). „Wir konnten auf dem Verhandlungswege mit den Krankenkassen keine Übereinkunft erzielen – jetzt leiten wir rechtliche Schritte für eine Ost-West-Angleichung ein.“ Dafür hat der ZFD sich von dritter Seite ein rechtliches Gutachten eingeholt, das verfassungsrechtliche Bedenken an den unterschiedlich hohen Honoraren äußert. Doch Reher mahnt zur Geduld: „Eine solche rechtliche Umsetzung bedarf eines langen Atems – in den nächsten zwei, drei Jahren wird es wahrscheinlich noch keine Änderungen geben.“

Auch insgesamt dürfte sich bei der Vergütung der Heilmittelerbringer in den nächsten Jahren relativ wenig verändern. Denn nach wie vor sind Heilmittelverbände der Meinung, man könne selbst nichts gegen die sogenannte Grundlohnsummenbindung tun (wir berichteten am 14.06.2013). Alle politischen Parteien äußern sich zwar ebenfalls kritisch zur Grundlohnsummenbindung, auch in den Interviews in diesem Themenschwerpunkt – konkrete Pläne, sie abzuschaffen, gibt es derzeit jedoch nicht.

Thema für 2015: Die AOK Bayern hat jüngst zum Thema höhere Honorare für Physiotherapeuten im Bayerischen Rundfunk erklärt, man würde die Aufregung der Therapeuten gar nicht verstehen. Schließlich hätte man in Bayern noch nie ein Schiedsverfahren gebraucht um sich „partnerschaftlich“ auf Honorare zu einigen. Daraus könnte man lernen: Würden Verbände von ihren Mitgliedern die Aufforderung erhalten, Honorarverhandlungen auch mal scheitern zu lassen, könnte damit deutlicher auf die gerade im Osten desolate Honorarsitutation aufmerksam gemacht werden.

Richtgrößen für Ärzte

Ein weiterer Problembereich für die Praxen sind die Heilmittelrichtgrößen für Ärzte. Jede Gruppe von Fachärzten hat einen festen Betrag, für den sie pro Jahr und Patient Heilmittel verschreiben darf. Überschreiten Ärzte diesen Betrag, können sie dafür in Regress genommen werden. Das führt dazu, dass zum Beispiel manche HNO-Ärzte weniger Logopädie verschreiben können, als sie gerne würden. Dadurch geht Patienten nötige Therapie und den Logopäden Arbeit verloren. Die Regierung plant, die Richtgrößen noch bis Ende 2014 abzuschaffen. Stattdessen sollen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen in den Bundesländern Vereinbarungen treffen. Das könnte jedoch je nach Bundesland durchaus auch zur Verschlechterung der Patientenversorgung führen (siehe dazu auch Artikel auf Seite 6).

Thema für 2015: Solange Richtgrößen maßgeblich beeinflussen, wie Ärzte Verordnungen ausstellen, ist die Zusammenarbeit mit den Ärzten der einzige Weg, die Versorgung der Patienten zu sichern. Hier braucht es häufig mehr Kommunikation zwischen Therapeuten und Ärzten. Die Erfahrung zeigt, dass viele Ärzte etwa die Möglichkeiten der Heilmittel-Richtlinie nicht kennen, Praxisbesonderheiten nicht nutzen und Chancen zum extrabudgetären Verordnen von Heilmitteln vertun. Mit regionalen Zielvereinbarungen wird der Druck auf Heilmittelerbringer zunehmen, die Ärzte dabei zu unterstützen, Heilmittel-Verordnungen regresssicher zu machen. (siehe dazu auch unsere Beilage: **heilmittel telegramm**)

Akademisierung vorantreiben

Die Heilmittel-Berufe sollen durch Akademisierung aufgewertet werden. In Modellklauseln der Berufsgesetze von Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten sind seit 2009 neue Ausbildungsangebote zugelassen – vor allem Studiengänge an Hochschulen. Ende 2015 soll das Bundesgesundheitsministerium über die Ergebnisse Bericht erstatten, dann entscheidet sich auch die zukünftige Ausbildung der Heilmittelerbringer. Der dbl sieht hierin eine Chance für die Logopäden: „Wir setzen uns bereits seit Jahren mit viel Energie dafür ein, dass die Logopädie ein Beruf mit akademischer Qualifikation wird", erklärt Feit. „Dabei müssen natürlich die Rechte der bisher an Berufsfachschulen ausgebildeten KollegInnen gewahrt werden." Eine Neufassung des Berufsgesetzes könne sich laut Feit unter anderem positiv auf die Vergütung und den Stellenwert der LogopädInnen im Team der medizinischen Berufsgruppen auswirken. Ob die Heilmittelerbringer mit Hochschulabschluss die Bedingungen dahingehend verbessern können und die Universitäten mehr junge Menschen in den Beruf locken, muss sich zeigen.

Thema für 2015: An der Akademisierung der Heilmittel-Branche führt kein Weg vorbei. Damit wird in Deutschland nur das nachgeholt, was in anderen Ländern längst der Normalfall ist. Praxisinhaber, mehrheitlich ohne akademische Ausbildung, müssen sich auf neue und andere Anforderungen von akademisierten Therapeuten hinsichtlich Fortbildung und Führung einstellen. Wichtig dabei ist, das Gehaltsgefüge in den Praxen nicht aufzuweichen. Statt eine Art Zwei-Klassen-Gesellschaft bei den Therapeuten zu etablieren, sollten verschieden ausgebildeten Therapeuten ihre Stärken in einem guten Praxiskonzept bündeln.

"Direct Access" zur Therapie

Im Jahr 2015 enden zwei Modellprojekte zum sogenannten „Direct Access" oder Direktzugang. Die Bundesinnungskrankenkasse (BIG) und der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IfK) in Berlin und Westfalen-Lippe sowie die Innungskrankenkasse (IKK) und der Verband Physikalische Therapie (VPT) in Berlin und Brandenburg testen derzeit neue Wege. Physiotherapeuten können dabei – immer noch auf ärztliche Verordnung hin – die genaue Art, Dauer und Frequenz von Leistungen bestimmen. Erste Studien zeigen Erfolge in den Behandlungen. Eine Untersuchung der Wirtschaftlichkeit und ein Vergleich mit der Regelversorgung sollen folgen.

Allerdings geht es beim Thema „Direct Access" um deutlich mehr, als derzeit in den Modellprojekten erprobt wird: Es geht um den Direktzugang der Patienten zu den Leistungen der Heilmittelerbringer – ohne die Verordnung eines Arztes. Dazu gibt es in Deutschland noch keine Studien, das gibt die Gesetzeslage auch kaum her. Der Umweg über den (sektoralen) Heilpraktiker ist für viele Physiotherapeuten ein akzeptabler Ausweg, den Ergotherapeuten und Logopäden in vielen Bundesländern aber erst noch durchsetzen müssen. Ein Direktzugang der Patienten zum Therapeuten durch z. B. eine Heilpraktiker-Erlaubnis bedeutet aber nicht automatisch, dass Krankenkassen die Kosten übernehmen.

Bürokratie der Krankenkassen

Das Abrechnen mit der GKV ist mit viel Bürokratie verbunden. Die formalen Anforderungen an eine gültige Heilmittelverordnung werden immer länger und differenzierter, gleichzeitig sinkt die Bereitschaft der Ärzte, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Schon kleine Formfehler können dazu führen, dass die Kasse die Behandlung nicht bezahlt – der Therapeut bleibt auf den Kosten sitzen.

Deswegen fordern Therapeutenverbände eine Vereinfachung der Rezepte oder eine Pauschale für die Arbeit, die durch Bürokratie entsteht. Der Deutsche Bundesverband der Logopäden (dbl) hofft, wie andere Verbände, darüber hinaus auf neue Technologien. „In Sachen Bürokratie-Abbau kann die gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband geforderte Einführung einer zertifizierten ärztlichen Praxisverwaltungssoftware ein wichtiger Schritt sein", sagt Margarete Feit, Leiterin des Pressereferats des dbl. Konkrete Schritte dazu sind allerdings noch nicht eingeleitet, obwohl der Koalitionsvertrag der Regierung Bürokratieabbau verspricht.

Thema für 2015: Bis es zu einer Vereinfachung der Verordnungen kommt, können Praxisinhaber einfach die Möglichkeiten nutzen, die es jetzt schon gibt, um sich gegen GKV-Bürokratie zu schützen. Kürzt die Krankenkasse ungerechtfertigt, kann man die neue Bearbeitungspauschale in Höhe von Euro 40 in Rechnung stellen (wir berichteten am 01.08.2014). Auch der Rechtsweg ist kein Hexenwerk. Erstaunlich viele Therapeuten haben Angst davor, ihr gutes Recht vor dem Sozialgericht durchzusetzen. Dabei zeigt die Erfahrung, dass Therapeuten in rund 70% aller bei den Sozialgerichten eingereichten Klagen Erfolg hatten. Ohne, dass es zu einer Verhandlung kam, zahlten

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fällen Vertreter von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern Entscheidungen. Heilmittelerbringer haben kein Mitspracherecht.

die Krankenkassen in diesen Fällen nicht nur die strittige Verordnung, sondern auch die Anwaltskosten.

Fachkräftemangel begegnen

Die Bürokratie und die geringen Löhne scheinen abschreckend zu wirken: Nach Angaben von Therapeutenverbänden ist die Grundversorgung mit Physiotherapie bereits jetzt in einigen Gebieten nicht mehr gegeben. Mittlerweile würden demnach mehr Heilmittelerbringer aus ihren Berufen ausscheiden, als Auszubildende nachkommen. Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahrgang 2005/2006 knapp 26.000 Physiotherapie-Schüler, 2012/2013 waren es etwas weniger als 22.000. Auch kleinere Berufsgruppen wie die Podologie sind betroffen. „Durch den demografischen Wandel steigt der Versorgungsaufwand in unserem Fachgebiet besonders stark", berichtet Reher. „Den gleichzeitigen Mangel an Nachwuchs werden wir in den nächsten Jahren zu spüren bekommen." Bessere Arbeitsbedingungen – vor allem bessere Bezahlung – könnten laut Reher die Heilmittelberufe für junge Menschen attraktiver machen.

Präventionsgesetz

Ohne Nachwuchs wird es in jedem Fall Probleme geben, denn der Bedarf an Pflegekräften und Heilmittelerbringern wird in der alternden Gesellschaft eher steigen als sinken. Das hat die Politik eigentlich längst erkannt, bereits zweimal scheiterte ein Präventionsgesetz – im Lauf des Jahres 2015 will die Bundesregierung jetzt eines verabschieden. Erste Eckpunkte will das Bundesgesundheitsministerium Anfang des Jahres veröffentlichen.

Therapeutenverbände erwarten, dass ein höherer Stellenwert der Prävention auch die Position der Heilmittelerbringer stärkt. Viele therapeutische Leistungen dienen der Sekundär- oder Tertiärprävention, etwa gegen Rückenleiden. Und auch die Logopäden wollen im Gesetzentwurf berücksichtigt werden.

Als konkrete Maßnahme im Zuge des Präventionsgesetzes erhoffen sich unter anderem dbl und der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK), dass die Umsatzsteuer für die präventiven Leistungen von Physiotherapeuten abgeschafft wird.

Klagen gegen Umsatzsteuer und Rentenversicherungspflicht

In Sachen Umsatzsteuer läuft momentan ein Verfahren am Bundesfinanzhof. „Nach der derzeitigen Auffassung der Finanzverwaltung werden auch medizinische fußpflegerische Leistungen nur mit ärztlicher Verordnung als Heilbehandlung

anerkannt“, erklärt Reher. „Und ausschließlich Heilbehandlungen sind von der Umsatzsteuer befreit.“ Doch das Finanzgericht Schleswig-Holstein gab im Februar 2014 zwei Podologinnen Recht, die gegen dieses Prinzip geklagt hatten: Sie seien entsprechend qualifiziert und ihre Leistungen überwiegend Heilbehandlungen, eindeutig medizinische Fußpflege müsse auch ohne Rezept des Arztes von der Umsatzsteuer befreit sein. Das Finanzamt ging in Revision, 2015 wird ein neues Urteil erwartet – das auch für andere Heilmittelerbringer zum wichtigen Präzedenzfall werden könnte.

Eine weitere Klage läuft seitens der Logopäden- und Sprachtherapie-Verbände. Seit April 2012 sind selbstständige Logopäden grundsätzlich dazu verpflichtet, in eine gesetzliche oder private Rentenversicherung einzuzahlen. Der dbl hat eine Musterklage gegen diese Regelung initiiert und erwartet für das Jahr 2015 ein Urteil. *(mk)*

INFO

Die Akteure im Gesundheitswesen

Um als Heilmittelerbringer gesundheitspolitische Entscheidungen ein- und zuordnen zu können, sollte man die wichtigsten Spieler und Spielregeln kennen. Wir haben wichtige Akteure und ihre Rolle zusammengefasst:

→ **G-BA:** Im gemeinsamen Bundesausschuss verhandeln Vertreter der Gesundheitsberufe über Richtlinien und den Heilmittelkatalog der GKV. Hier sitzen Mitglieder des GKV-Spitzenverbands, der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

→ **GKV:** Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen vertritt die Interessen aller gesetzlichen Krankenversicherer in Deutschland: der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), der Ersatzkassen, der Betriebs- und Innungskrankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See.

→ **KBV:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (zwei in Nordrhein-Westfalen und eine für jedes andere Bundesland). Als Selbstverwaltung verhandelt sie mit Krankenkassen und vertritt die Interessen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

→ **Therapeutenverbände:** Auch die Heilmittelerbringer sind in Berufsverbänden organisiert – allerdings umfasst der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) nur vier der zahlreichen Interessenvertretungen (ZVK, IfK, VPT und DVE) und hat kein Mitspracherecht im G-BA. (up berichtete im Schwerpunkt-Thema der September-Ausgabe)

→ **Bundesgesundheitsministerium:** Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) setzt Gesetze und Vorgaben im Gesundheitswesen durch. Dazu gehört unter anderem, die gesetzlichen Krankenkassen leistungsfähig zu halten, für Prävention zu sorgen und Rahmenbedingungen für Arzneimittel zu schaffen. Das BMG kann dem Bundestag auch Gesetzesentwürfe vorlegen.

→ **Gesundheitsausschuss des Bundestags:** Im Gesundheitsausschuss des Bundestags sitzen Gesundheitspolitiker der im Parlament vertretenen Parteien. Wie das Ministerium kann der Ausschuss Gesetzesentwürfe einreichen. In den Ausschüssen werden die Entwürfe in der Regel auch zunächst ausgearbeitet, bevor der ganze Bundestag über sie abstimmt.

Preisradar

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Rheinland-Pfalz	Ergotherapie	RVO	01.10.14	Verordnungsdatum
Saarland	Ergotherapie	RVO	01.10.14	Verordnungsdatum

Stand: 21.10.2014

Heilmittellandschaft im Umbruch

Interview mit Karl-Heinz Kellermann

Vorsitzender des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e.V., der den Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK), den Verband für Physikalische Therapie (VPT) e.V., den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IfK) e.V. und den Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) vertritt

up Herr Kellermann, worauf können sich Heilmittelerbringer in den nächsten Jahren einstellen?

Kellermann *Eine große Erleichterung in den physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Praxen erhoffen wir uns zunächst mit der Einführung einer zertifizierten ärztlichen Praxisverwaltungssoftware speziell für Heilmittelverordnungen. Denn eines der größten Ärgernisse in der täglichen Praxis sind fehler- oder lückenhaft ausgefüllte Verordnungsvordrucke. Diese Fehler führen zu Vergütungsabsetzungen bereits erbrachter Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Auf Initiative des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände sind der GKV-Spitzenverband und andere Einzelorganisationen an das Bundesministerium für Gesundheit herangetreten und haben dort um Unterstützung dieser Forderung gebeten. Wir erwarten, dass der Gesetzgeber hier schon im Rahmen des kommenden Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz tätig wird.*

up Welche weiteren Probleme gilt es in den nächsten Jahren anzupacken?

Kellermann *Was die Praxen heute bereits feststellen, ist ein konkreter Fachkräftemangel. Je nach Region wird es für Praxisinhaber zunehmend schwieriger, qualifizierte Therapeuten für die Mitarbeit in einer Praxis zu gewinnen. Dies ist, wenn auch nicht ausschließlich, natürlich auch eine Frage der leistungsgerechten Vergütung. Die Berufe in der Physiotherapie und Ergotherapie müssen eine höhere Anerkennung erfahren, mehr Freiraum erhalten und entsprechend der hohen Qualität ihrer Leistungen auch im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit angemessen vergütet werden.*

up Wie ließe sich eine höhere Vergütung erreichen?

Kellermann *Der SHV und seine Mitgliedsverbände setzen sich seit Langem für die Abschaffung der Grundlohnsummenbindung der Vergütung für Heilmittelbehandlungen ein. Es gab in der jüngeren Vergangenheit einen ersten Erfolg in diese Richtung, der vielleicht nicht überall ausreichend wahrgenommen wurde. So müssen Preisabschlüsse, welche die Berufsverbände mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbaren, nicht mehr den zuständigen Aufsichtsbehörden zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Abschaffung dieser Vorlagepflicht gibt den Vertragsparteien mehr Autonomie bei der Preisgestaltung. Hier appellieren wir an die Krankenkassen, gemeinsam mit uns den Weg hin zu einer leistungs- und bedarfsgerechten Vergütung und zu einer Abschaffung des West-Ost-Preisgefälles zu gehen.*

up Was kommt in Kürze noch auf die Praxen zu?

Kellermann *Ein weiterer aktueller Punkt ist das geplante Präventionsgesetz, das sich jüngst erneut verzögert hat. Hier müssen die Interessen der Heilmittelerbringer angemessen Berücksichtigung finden, damit die entsprechenden Angebote in den Praxen ausgebaut werden können. Schließlich sind es gerade die Heilmittelerbringer, die Spezialisten auf dem Gebiet der Prävention sind.*

In diesem Zusammenhang muss auch der Direktzugang zum Heilmittelerbringer genannt werden. Die tradierte Berufsausübung – der Arzt verordnet, der Therapeut führt aus – wird glücklicherweise und vor allem durch den Druck der im SHV zusammengeschlossenen Berufsverbände immer mehr aufgebrochen. Auf diese erfreulichen Entwicklungen müssen sich aber auch die Therapeuten einstellen, denn ein Mehr an Autonomie bedeutet immer auch ein Mehr an Qualifikation und Verantwortung.

up Was bedeutet das konkret für die Therapeuten – auch ein Mehr an Weiterbildungen?

Kellermann *Populistische Forderungen Einzelner nach der Abschaffung von Weiterbildungen und deren Integration in die Regelausbildung – zum Beispiel durch eine Verlängerung der Ausbildungsdauer – helfen leider überhaupt nicht weiter. Das Gegenteil wird eher der Fall sein. Therapeuten müssen bereit sein, sich zu qualifizieren, damit sie den Herausforderungen einer sich dynamisch weiterentwickelnden Medizin standhalten. Aus diesem ganz einfachen Grund wird auch die Akademisierung immer weiter voranschreiten. Der damit verbundene Aufwand und die stetig steigende Verantwortung müssen sich aber auch in einer leistungsgerechten Vergütung der Therapeuten widerspiegeln.*

Alle diese Punkte zeigen, dass die Heilmittellandschaft gewaltig im Aufbruch ist. Eine der wichtigsten Herausforderungen für jeden Beteiligten ist daher die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten. Unsere Rolle als SHV mit den darin zusammengeschlossenen Berufsverbänden ist, die Wege hierfür zu bereiten und zu ebnen.(mk)

Eigenständigkeit bedeutet stärkere Verantwortung

Interview mit Henning Horst

Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung beim Verband der Ersatzkassen e. V. (VDEK)

up Herr Horst, welche Änderungen stehen für die nächsten ein bis drei Jahre zum Thema Heilmittel auf der Agenda der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)?

Horst *Die Heilmittelausgaben steigen schneller als die durchschnittlichen Ausgaben der GKV. Dies steht selbstverständlich derzeit im Fokus. Grund dafür sind zum einen politisch gewollte Verbesserungen zum Beispiel bei der Versorgung chronisch Kranker mit langfristigem Behandlungsbedarf und die anstehende Schaffung geriatrischer Institutsambulanzen. Zum anderen liegt es an den unzureichenden Steuerungsmöglichkeiten der GKV – wir wünschen uns hier bessere Alternativen.*

up Wie könnten solche neuen Steuerungsmöglichkeiten aussehen?

Horst *Das könnten Zielvereinbarungen und Durchschnittswerteprüfungen sein, die an Stelle der heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen – wie etwa die Richtgrößen – treten könnten. Damit soll eine bürokratiearme Steuerung der Ausgaben ermöglicht werden. Im ersten Schritt wird geprüft, ob die Gesamtausgaben unterhalb der Rahmenvorgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung liegen. Nur wenn diese Vorgaben überschritten werden, werden die Ausgaben des geprüften Arztes mit dem Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe verglichen. Wenn der Vertragsarzt mit seinem Verordnungsvolumen den Durchschnitt um mehr als 25 Prozent überschreitet, kommt es zu einer Einzelprüfung.*

up Werden diese Verfahren die Heilmittelrichtgrößen vollständig ersetzen und Ärzten mehr Spielraum beim Verordnen geben?

Horst *Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht vor, dass die heutigen wirtschaftlichen Prüfungen unter anderem für Heilmittel bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden sollen. Unter Beteiligung der Ersatzkassen hat der GKV-Spitzenverband ein Konzeptpapier zur Neuausrichtung der Wirtschaftlichkeitsinstrumente in der Wirtschaftlichkeitsprüfung erarbeitet. Dieses Konzept sieht die Ablösung der Richtgrößenprüfung durch alternative Instrumente wie eben Zielvereinbarungen und Durchschnittswerteprüfungen vor. Derartige Maßnahmen werden aber weiterhin auf das Verordnungsverhalten wirken und die Heilmittelerbringer nur indirekt betreffen.*

up Ist die GKV daran interessiert, Heilmittelerbringern künftig eine eigenständige Rolle bei der Versorgung der Versicherten, also auch bei der Verordnung von Leistungen, zuzubilligen?

Horst *Derzeit beobachten wir eine zunehmende Akademisierung der Heilmittelerbringer und damit einhergehend eine Intensivierung der Versorgungsforschung. Dies wird mittelfristig auch die Stellung der Heilmittelerbringer weiter verbessern. Ob und in welcher Form eine gleichzeitige Verordnung und Abgabe der Leistungen stattfinden kann, sollte aber sehr genau überlegt werden. Ich bin persönlich auch nicht sicher, ob sich die Heilmittelerbringer auf die Dauer in einer Doppelfunktion als Verordner und Erbringer von Leistungen wohlfühlen werden. Damit müsste zumindest eine deutlich stärkere Verantwortung der Heilmittelerbringer für die Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens einhergehen.*

up Wäre ein von vielen Therapeuten geforderter Abbau von Bürokratie oder eine Verwaltungspauschale für Heilmittelerbringer denkbar? Halten Sie die Forderungen für angebracht?

Horst *Aus unserer Sicht haben wir bereits mit der vereinbarten Checkliste im Bereich der Physiotherapie zur Vollständigkeit und Plausibilität der Heilmittelversorgung einen wesentlichen Beitrag zu einer vereinfachten Prüfung der Rezepte geleistet. Damit haben die Ersatzkassen als erste Kassenart für die Leistungserbringer auch einen wichtigen Baustein in Richtung Bürokratieabbau geschaffen. Der Dialog zwischen Verordner und Leistungserbringer sollte eigentlich selbstverständlich sein. Trotzdem gibt es hier immer noch einiges zu verbessern. Hier gleich die Einführung neuer Pauschalen zu fordern, erscheint jedoch nicht zielführend.* *(mk)*

Grün, rot, schwarz – up hat Gesundheitspolitiker der im Bundestag vertretenen Parteien zu ihren Plänen und Prognosen für die nahe Zukunft der Heilmittelerbringer befragt. Das kam dabei heraus:

„Es geht um die Gelder der Versicherten“

Interview mit Jens Spahn

Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion im Bundestag

up Herr Spahn, welche Themen stehen für die nächsten ein bis drei Jahre für die nichtärztlichen Heilmittelerbringer auf der politischen Agenda Ihrer Partei?

Spahn *Zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens gehören freie Gesundheitsberufe, wie beispielsweise niedergelassene Haus- und Fachärzte, Apotheker oder Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, sowie Therapiefreiheit und freie Arzt- und Krankenhauswahl. Das soll auch in Zukunft so bleiben. Im Mittelpunkt muss die gute Versorgung der Patienten stehen. Hier können wir insbesondere an den Schnittstellen noch besser werden.*

up Was würden Sie sich als Unterstützung Ihrer Positionen von den niedergelassenen Praxen und deren Verbänden konkret wünschen?

Spahn *Der Patient steht im Mittelpunkt aller, die im Gesundheitswesen tätig sind. Wir sollten uns konstruktiv darüber unterhalten, wie wir das erreichen. In den kommenden Jahren wird uns insbesondere der demographische Wandel vor neue Herausforderungen stellen. Die meistern wir am besten gemeinsam.*

up Wie stehen Sie und Ihre Partei zu den Forderungen und Zielen der Therapeutenverbände für die nächsten Jahre?

Spahn ***Zu Honoraren und der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich:*** *Wir reden ja immer über Gelder der Versicherten. Sie haben ein Recht darauf, dass wir damit sorgsam umgehen. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden, die Beiträge dürfen nicht unbegründet steigen. Nichtsdestotrotz sind es sicher nicht die Kosten für Heilmittel, die die Ausgabenanstiege zu verantworten haben. Insofern müssen wir schauen, ob die reine Grundlohnsummenbindung noch gerechtfertigt ist.*

Zum Direct Access: *Die Union hat maßgeblich das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen und Ergotherapeuten vorangebracht. Auf dieser Grundlage können die Berufsbilder zukunftsweisend weiterentwickelt werden und den veränderten und höheren Anforderungen im Gesundheitswesen Rechnung tragen. Schön wäre es, wenn es mehr Modellprojekte und Forschung zum Direct Access gäbe.*

Zur Abschaffung der Heilmittelrichtgrößen: *Wir werden uns dafür einsetzen, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Damit tragen wir dazu bei, dass die Vertragspartner vor Ort bessere und praktikablere Lösungen finden.*

„Grundsätzlich weg von der Grundlohnsumme“

Interview mit Hilde Mattheis

Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

up Frau Mattheis, welche Themen stehen für die nächsten ein bis drei Jahre für die nichtärztlichen Heilmittelerbringer auf der politischen Agenda Ihrer Partei?

Mattheis *Wir haben uns mit unserem Koalitionspartner im Koalitionsvertrag darauf verständigt, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden. Die genaue Ausgestaltung wollen wir in einem Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2015 regeln.*

up Was würden Sie sich als Unterstützung Ihrer Positionen von den niedergelassenen Praxen und deren Verbänden konkret wünschen?

Mattheis *Wir wünschen uns immer einen intensiven Dialog bei unseren Gesetzgebungsverfahren. Dazu gehören offene Diskussionen, in denen es nicht nur um Einzelinteressen geht. Ein Austausch mit Patienten und Leistungserbringern dient zielgenauen Regelungen. Daher kommt es immer darauf an, die Beteiligten mitzunehmen.*

up Wie stehen Sie und Ihre Partei zu den Forderungen und Zielen der Therapeutenverbände für die nächsten Jahre?

Mattheis ***Zu Honoraren und der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich:*** *Für den Wunsch nach Abkoppelung der Vergütung von der Grundlohnsumme haben wir Verständnis. Wir werden dieses Thema zu gegebener Zeit mit unserem Koalitionspartner diskutieren und sind grundsätzlich bereit, aus der Grundlohnsummenentwicklung auszusteigen.*

Zum Bürokratieabbau zwischen Praxis und Krankenkassen: *Wir wollen ein effizientes, patientenorientiertes Gesundheitswesen, das mit dem geringstmöglichen bürokratischen Aufwand auskommt. Auf Details der Zusammenarbeit zwischen den Praxen und den Krankenkassen hat die Politik aber keinen Einfluss.*

„Ärzte und Heilmittelerbringer müssen mehr kooperieren“

Interview mit Elisabeth Scharfenberg

Sprecherin für Pflegepolitik und Altenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

up Frau Scharfenberg, welche Themen stehen für die nächsten ein bis drei Jahre für die nichtärztlichen Heilmittelerbringer auf der politischen Agenda Ihrer Partei?

Scharfenberg *Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wollen wir vor allem eine ausreichende und bezahlbare Grundversorgung gewährleisten. Die Versorgung soll stärker vor Ort geplant werden. Ein wichtiges Element solcher dezentral organisierter Versorgungsstrukturen ist eine stärkere Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander – sowohl im Hinblick auf neue Organisationsformen als auch im Hinblick auf eine neue Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Gerade die Angebote der Heilmittelerbringer werden in einer alternden Gesellschaft gefragt sein. Und die Patienten werden profitieren, wenn auch im ambulanten Sektor zunehmend interdisziplinär gearbeitet wird.*

up Was würden Sie sich als Unterstützung Ihrer Positionen von den niedergelassenen Praxen und deren Verbänden konkret wünschen?

Scharfenberg *Grundsätzlich wünschen wir uns im Sinne der Patientinnen und Patienten eine größere Offenheit gegenüber einer verbesserten Kooperation der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Das gilt allerdings für die Ärzte mindestens so sehr wie für die Heilmittelerbringer. Auch wünschen wir uns größere Transparenz, sowohl was die Unterversorgung als auch die Überversorgung mit Heilmitteln in den Regionen betrifft.*

up Wie stehen Sie und Ihre Partei zu den Forderungen und Zielen der Therapeutenverbände für die nächsten Jahre?

Scharfenberg ***Zu Honoraren und der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich:*** *Wir stehen der Grundlohnsummenbindung skeptisch gegenüber – vor allem, weil die Einnahmen der GKV fast ausschließlich durch Löhne und Gehälter erzielt werden, während Vermögenseinkommen und Gewinne nicht beitragspflichtig sind. Die von uns Grünen geforderte Bürgerversicherung würde zu einer breiteren Einnahmebasis führen. Eine Orientierung an der Morbidität der Versicherten in einer Region könnte zudem zu einem Anstieg der Vergütungen führen. Deren konkrete Höhe sollten aber weiterhin Leistungserbringer und Krankenkassen verhandeln.*

Zum Direct Access: *Wir sind gespannt auf die Ergebnisse des ersten Modellprojekts. Auch der Verordnung bestimmter Leistungen durch besonders qualifizierte Angehörige bestimmter Gesundheitsberufe stehen wir grundsätzlich offen gegenüber – die Verordnung von Therapeuten ganz ohne ärztliches Zutun sehen wir dagegen skeptisch. Auch hier plädieren wir im Sinne des Patienten für eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern.*

Zur Abschaffung der Heilmittelrichtgrößen: *Wir Grünen begrüßen, dass mit dem Versorgungsstrukturgesetz Regresse bei Über-*

schreitungen des Richtgrößenvolumens in den ersten beiden Jahren begrenzt wurden. Heilmittelbehandlungen sollen bei Bedarf langfristig genehmigt werden dürfen und dann nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen. Ein Vergütungssystem, das auf morbiditätsorientierten Fallpauschalen anstelle der ärztlichen Arznei- und Heilmittelverordnungen basiert, ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen noch nicht möglich. Insofern werden wir auch auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse nicht gänzlich verzichten können.

Zum Bürokratieabbau zwischen Praxis und Krankenkassen: *Die zunehmende Bürokratisierung durch die GKV bei den Verordnungen ist ein grundsätzliches und zugleich schwer lösbares Problem. Grundlegend wird sich die Entwicklung hin zu immer mehr Bürokratie, Dokumentation und Überprüfungen nur aufhalten oder umkehren lassen, wenn wir die ökonomischen Anreize innerhalb des Gesundheitssystems stärker auf den Gesundheitsnutzen der Patientinnen und Patienten ausrichten.*

„Mindestens eine einmalige Honorarerhöhung“

Interview mit Birgit Wöllert

Obfrau der Fraktion DIE LINKE Gesundheitsausschuss

up Frau Wöllert, welche Themen stehen für die nächsten ein bis drei Jahre für die nichtärztlichen Heilmittelerbringer auf der politischen Agenda Ihrer Partei?

Wöllert *Weg mit Zuzahlungen! Diese lehnen wir im Sinne der PatientInnen aus sozialen Gründen entschieden ab, für die Heilmittelerbringer sind sie eine sinnlose bürokratische Belastung.*

In die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung sind auch Heilberufs-, Pflege- und therapeutischen Leistungen aufzunehmen, um eine wohnortnahe und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung für alle sicherzustellen – dies hatten wir schon in der letzten Legislaturperiode beantragt. Zu verbessern ist auch die Versorgung von nur eingeschränkt mobilen PatientInnen – Hausbesuche sollten höher vergütet werden.

up Wie stehen Sie und Ihre Partei zu den Forderungen und Zielen der Therapeutenverbände für die nächsten Jahre?

Wöllert ***Zu Honoraren und der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich:*** *Hier besteht unbedingt großer Nachholbedarf, notwendig ist mindestens eine einmalige deutliche Honorarerhöhung unabhängig von der Grundlohnsumme. Die Ost-Honorare sind an das Westniveau anzugleichen. Zudem sollten spezielle Leistungen, wie etwa Berichte an ÄrztInnen, angemessen vergütet werden.*

Zum Direct Access: *Die HeilmittelerbringerInnen verfügen über ein spezifisches Wissen und spezifische Fertigkeiten, das ÄrztInnen in der Regel nicht anbieten können. Daher ist es im Sinne der Patientinnen und Patienten, HeilmittelerbringerInnen in ihrer generellen Position zu stärken, sie mehr als bisher in die Ausgestaltung der Therapie einzubinden und mit mehr Entscheidungskompetenz über Art und Häufigkeit der medizinischen Therapien auszustatten. DIE LINKE begrüßt deshalb die bisherigen Modellvorhaben. Bei positiver Evaluierung sollte der Gesetzgeber rasch handeln. In Modellvorhaben könnte dies auch für den direkten Zugang ergebnisoffen erprobt werden.*

Zur Abschaffung der Heilmittelrichtgrößen: *Modellprojekte sollten ebenfalls probieren und evaluieren, ob eine Anhebung der Richtgrößen oder deren Abschaffung den Nutzen für die Patienten erhöhen kann – und in welchem Ausmaß dadurch den eventuell erhöhten Kosten gesunkene Kosten an anderer Stelle gegenüberstehen.*

Zum Bürokratieabbau zwischen Praxis und Krankenkassen: *Bürokratieabbau – unbedingt! Ein Beispiel: Wenn ÄrztInnen Rezepte falsch ausstellen, muss auch in den Arztpraxen die Korrektur erfolgen.*

Zur Akademisierung: *Grundsätzlich sollten Gesundheitsberufe die Ausbildungsform erhalten, die größtmögliche Qualität der Leistungen und größtmöglichen Zugang zur Ausbildung miteinander verbinden. Ob sich die Einführung der Modellklausel zur Erprobung von Ausbildungsangeboten in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopädinnen und Logopäden, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bewährt hat, können wir zurzeit noch nicht einschätzen. DIE LINKE macht ihre Zustimmung von den Ergebnissen der Evaluation abhängig.* *(mk)*

Rahmenvorgaben 2015 veröffentlicht

4,8 Prozent mehr Spielraum für Heilmittel

Die bundesweiten Anpassungsfaktoren für Heilmittel werden rückwirkend für 2014 um ein Prozent und für das nächste Jahr um 3,8 Prozent angehoben. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in den Rahmenvorgaben 2015 für Heilmittel geeinigt. Die Steigerung entspricht damit insgesamt einem zusätzlichen Finanzvolumen von deutlich über 200 Millionen Euro.

Hintergrund: Das Sozialgesetzbuch V verpflichtet KBV und GKV-Spitzenverband einmal im Jahr das Ausgabenvolumen für Heilmittel an die Versorgungsrealität anzupassen. Eine Reihe von sogenannten Anpassungsfaktoren (siehe rechts unten) müssen gemäß Gesetz so berücksichtigt werden, dass die Vertragsärzte ihren Verpflichtungen bei der Versorgung der GKV-Versicherten nachkommen können.

KBV und GKV-Spitzenverband entscheiden nur über bundesweite Anpassungsfaktoren

Unterschieden wird bei den Faktoren zwischen solchen auf Bundes- und denen auf Landesebene. Zu letzteren zählen unter anderem die Zahl und Altersstruktur der Versicherten sowie die Preisentwicklung. KBV und GKV-Spitzenverband entscheiden nur über die Anpassungsfaktoren auf Bundesebene. Dazu zählen zum Beispiel Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen. Allerdings haben sich beide Seiten erneut darauf verständigt, keine Einzelheiten zu den jeweiligen Anpassungsfaktoren zu veröffentlichen, sondern nur einen Pauschalwert in Höhe von 3,8 Prozent Zuwachs für 2015 zu vereinbaren. Dazu kommt eine rückwirkende Anpassung des Heilmittelausgabenvolumens für 2014 von plus einem Prozent.

Regionale Versorgungsziele als Alternative prüfen

In einer Pressemitteilung hebt die KBV hervor, dass durch die Rahmenvorgaben 2015 es den regionalen KVen und Kassen weiterhin möglich ist, „gemeinsam die Steuerung der Heilmittelversorgung weiterzuentwickeln." KBV und GKV-Spitzenverband empfehlen diesbezüglich, zu prüfen, ob auf Landesebene die Richtgrößenprüfung abgelöst werden kann. Die Alternative sei dann eine „arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel angesichts regionaler Versorgungsziele." Was das bedeuten kann, haben wir bereits am Beispiel Schleswig-Holsteins in unserem Beitrag „Weniger verordnen für mehr ärztliches Honorar" vom 24.04.2014 aufgezeigt: „Regionales Versorgungsziel" bedeutet so viel wie „Kürzung der Heilmittelausgaben um X Prozent mit gleichzeitiger Steigerung der ärztlichen Honorare um Y Prozent". *(bu)*

GANZ KONKRET

Die jetzt vereinbarten Rahmenvorgaben lassen den einzelnen KVen ziemlich viel Spielraum, um die niedergelassenen Ärzte vor Regressen zu schützen. Bei einem Ausgabenzuwachs von 3,8 Prozent allein bei den Faktoren auf Bundesebene, könnten sich die tatsächlichen Heilmittelausgabenvolumen regional um bis zu 6 Prozent vergrößern. Wie stark die Erhöhung ausfällt, hängt allerdings von den jeweiligen KVen ab.

HINTERGRUND

Regionale und bundesweite Anpassungsfaktoren Heilmittel

Bei der Anpassung des Ausgabenvolumens sind nach Maßgabe von § 84, Abs. 2 SGB V insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten (regional zu regeln)
2. Veränderungen der Preise der Leistungen (regional zu regeln)
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen (bundesweit)
4. Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (bundesweit)
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Heilmittel (bundesweit)
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Heilmittelverordnung aufgrund von Zielvereinbarungen (regional zu regeln)
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Leistungen aufgrund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen (bundesweit)
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen (regional zu regeln)

Nachtrag Abrechnungstipp MLD

vdek bestätigt Abrechnung ohne ausdrückliche Verordnung

Der Abrechnungstipp zur Manuellen Lymphdrainage hat leider für Unruhe in einigen Physiotherapiepraxen und bei einem Verband geführt. Hier also noch einmal weitere Belege und Argumente für die beiden scheinbar strittigen Punkte. Wir haben unseren Tipp natürlich mit Krankenkassen und Rechtsanwälten abgestimmt. Nach wie vor gilt: In der Summe geht es um sehr viel Geld.

Lymphdrainage gehört zu den mit großem Abstand am schlechtesten bezahlten Heilmittelanwendungen in der Physiotherapie. Umso wichtiger, dass Therapeuten dafür nicht mehr Zeit aufwenden, als die Kasse ihnen tatsächlich bezahlt. Der von uns in der letzten Printausgabe veröffentlichte Abrechnungstipp hat offensichtlich Fragen aufgeworfen, die wir mit diesem Nachtrag gern beantworten wollen.

Zwei Fragen beschäftigen unsere Leser:

1. Ist die Kompressionsbandagierung auch ohne ärztliche Verordnung abrechenbar?
2. Fällt die Kompressionsbandagierung in die Regelbehandlungszeit für MLD?

Zu Frage 1 haben wir beim GKV-Spitzenverband nachgefragt. Dieser hat uns mit der Erklärung, man sei in dieser Sache nicht zuständig, an die einzelnen Krankenkassen verwiesen, die die Rahmenverträge vereinbaren. Der vdek hat dann bestätigt, dass es prinzipiell richtig sei, dass der Arzt die Kompressionsbandagierung nicht ausdrücklich auf der Verordnung vermerken muss (denn MLD ist gemäß HeilM-RL immer einschließlich einer möglicherweise notwendigen Kompressionsbandagierung). Eine Abrechnung der Kompressionsbandagierungen könne jedoch nur dann erfolgen, „wenn (1.) noch keine Versorgung mit Kompressionstherapie erfolgt ist und eine Ödemreduktionsphase besteht, [oder] (2.) wenn der Patient komplizierte Ödeme hat und die Kompressionsbestrumpfung alleine nicht ausreicht," erläutert Tobias Kurfer, Referent Presse/Online Medien, vdek das korrekte Vorgehen.

Damit hat der vdek unsere Rechtsauffassung bestätigt, dass eine Kompressionsbandagierung auch ohne ärztliche Verordnung abrechenbar ist. Und zwar, wie in unserem Abrechnungstipp erläutert jeweils einmal je tatsächlich versorgter Extremität. Ungefähr die Hälfte der AOK-Rahmenverträge stimmt in diesem Punkt exakt mit dem Rahmenvertrag des vdek überein und kann genauso interpretiert und angewendet werden.

Die andere Hälfte der AOK Rahmenverträge hat – meistens in den Preislisten – Hinweise auf eine Verordnungspflicht des Arztes für die Kompressionstherapie. Bei diesen Kassen könnte es also Probleme geben, wenn der Arzt keine Kompressionsbandagierung auf der Verordnung vermerkt hat. Allerdings kann man als Therapeut den Arzt nicht zwingen, so einen Vermerk auf der Verordnung anzubringen, denn die Preislisten gelten nicht für Ärzte. Maßgeblich für Ärzte ist die HeilM-RL, die ja nun immer von „MLD einschl. Kompressionsbandagierung" spricht. Ein Vermerk auf der Verordnung: „Arzt besteht auf Durchführung einschl. Kompressionsbandagierung" ist ein möglicher Ausweg.

Zu Frage 2 haben wir uns ebenfalls bei den Kassen erkundigt. Wir fragten nach, ob die fehlende Regelbehandlungszeit bei der Position Kompressionsbandagierung als Indiz dafür gewertet werden kann, dass die Bandagierung innerhalb der jeweiligen MLD-Regelbehandlungszeit erfolgt. Der vdek schreibt dazu: „Im Prinzip ist das korrekt." Allerdings stellt der vdek dann weiterhin die Behauptung auf, die Kompressionsbandagierung gehöre laut Rahmenvertrag „nicht zur regelhaften Behandlung der manuellen Lymphdrainage." Dementsprechend sei sie auch nicht in der Regelbehandlungszeit für MLD enthalten.

An dieser Stelle ignoriert der vdek geflissentlich die Definition für MLD in der HeilM-RL, wo es stets „einschl. Kompressionsbandagierung" heißt. Und auch im Wortlaut der Leistungsbeschreibung PT (Anlage 1a) zu den Rahmenempfehlungen bleibt äußerst unklar, was gemeint ist. Hier steht: „Spezielle Kompressionsbandagierung im Anschluss an die manuelle Lymphdrainage und der ggf. notwendigen Bewegungstherapie...". Hieraus leitet der vdek ab, dass die Bandagierung nicht von der Regel-

behandlungszeit erfasst sei. Dabei wird übersehen, dass die Definition lediglich (richtigerweise unter Bezugnahme auf die Lymphdrainage) feststellt, dass die Bandagierung (logischerweise) nach der Lymphbehandlung zu erfolgen hat. Damit ist nur die Verbindung zur Lymphdrainage hergestellt. Dass die Bandagierung außerhalb der Regelbehandlungszeit der MLD erfolgen muss, geht daraus nicht hervor.

Auch vor dem Hintergrund des niedrigen Preises für die Position Kompressionsbandagierung wird klar, dass hier niemals ein Honorar für eine (ja auch gar nicht definierte) Therapiezeit angegeben wird. Die Leistungsbeschreibung Physiotherapie verweist ausdrücklich darauf, dass mit dieser Position das Polstermaterial und Trikofix abgegolten sind.

Abrechnungstipp gezielt umsetzen

Eine nicht repräsentative Umfrage hat ergeben, dass der von uns beschriebene Abrechnungstipp in vielen Praxen bereits seit langem so praktiziert wird.

Bleibt die Frage, was alle anderen Praxen tun können, um sich hier betriebswirtschaftlich richtig zu verhalten, ohne gegen den Vertrag zu verstoßen. Wir empfehlen: Ändern Sie nicht sofort alle Verfahren. Greifen Sie sich stattdessen eine AOK-Verordnung und eine Ersatzkassen-Verordnung heraus und probieren Sie aus, was passiert, wenn die Kompressionbandagierung nicht ausdrücklich verordnet wurde, Sie diese Position aber trotzdem erbringen und abrechnen. Halten Sie sich dabei an die Ausführungen des vdek bezüglich der medizinischen Voraussetzungen für die Abrechnung von Kompressionsbandagierungen. Kürzt die Kasse vertragswidrig, können Sie den Vorgang vor dem Sozialgericht klären lassen. Dabei unterstützten wir Sie in gewohnter Art, ohne dass Sie Angst vor Gerichtskosten haben müssen.

Sind Sie sich hinsichtlich der Frage, ob Kompressionsbandagierung innerhalb der MLD-Regelbehandlungszeit erbracht werden kann, nicht ganz sicher, dann wäre es an der Zeit, bei Ihrem Verband eine Anfrage zu starten, ob dieser Punkt nicht dringend mit dem Vertragsausschuss der Krankenkassen auf Länderebene geklärt werden muss. Wir stellen Ihnen bzw. Ihrem Verband dafür gern entsprechende Argumentationsleitfäden/-unterstützung zur Verfügung.

Es geht um rund 68 Millionen Euro

In der Diskussion tauchte auch das Argument auf, es ginge doch schließlich nur um vergleichsweise kleine Beträge. Rechnet man noch einmal nach, merkt man, dass der ganze Aufwand sich lohnt: Im Jahr 2013 wurden rund 21 Millionen Behandlungen MLD-45 und MLD-60 durchgeführt. Angenommen, dass bei jeder zweiten Behandlung eine Kompressionsbandagierung durchgeführt worden ist und im Schnitt 10 Minuten zusätzliche Arbeitszeit angefallen sind. In diesem Fall kommt man bei einem vorsichtigen Minutenpreis von 65 Cent auf eine Summe von rund 68 Millionen Euro, die Physiotherapeuten verlieren, wenn sie Kompressionsbandagierung grundsätzlich außerhalb der MLD-Regelbehandlungszeit erbringen. Eine solche Summe sollte ein Anreiz für die Heilmittelverbände sein, eine Klärung herbeizuführen – besonders vor dem Hintergrund, dass Lymphdrainage ohnehin aberwitzig schlecht bezahlt wird. *(bu)*

BGH bestätigt Verurteilung eines Pflegedienstes

Vertragsverstöße führen sicher zu Regressen

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Verurteilung einer Pflegedienstbetreiberin wegen Betrugs bestätigt. Für Heilmittel-Erbringer ist die Begründung des Urteils noch einmal eine wichtige Erinnerung daran, sich auf jeden Fall an geltende Verträge zu halten. Wer dagegen verstößt, riskiert zur Kasse gebeten zu werden. Um jedoch wie die Pflegedienstbetreiberin im Gefängnis zu landen, muss schon richtige kriminelle Energie dahinter stecken.

„Krankenkassen können auf formale Ausbildungs- und Weiterbildungsqualifikation bestehen, weil sonst eine den praktischen Erfordernissen entsprechende Qualitätskontrolle der Leistungserbringer nicht möglich ist", meint der BGH und folgert daraus: „Die Abrechenbarkeit von Leistungen knüpft daher streng an die formale Qualifikation des Personals an, wobei die vertragliche Vereinbarung mit dem Leistungserbringer maßgeblich ist." Mit dieser Begründung bestätigt der BGH die Verurteilung der Pflegedienstbetreiberin.

Fehlende Qualifikationen: Kein Geld und mögliche Konventionalstrafe

Wenn also eine bestimmte Qualifikation der Therapeuten im Rahmenvertrag zwischen GKV und Praxis vereinbart worden ist, dann muss der behandelnde Therapeut diese Qualifikation auch tatsächlich haben. Ist das nicht der Fall, kann die Krankenkasse für diese Behandlung das Geld vollständig zurück verlangen. Der BGH formuliert das so: „Dem Leistungserbringer steht daher für Leistungen, die er unter Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen bewirkt, auch dann keine Vergütung zu, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht sind."

Im Falle nicht vertragsgemäßer Leistungserbringung aufgrund fehlender Qualifikation (zum Beispiel Bobath ohne Zusatzqualifikation) kann zusätzlich zur Rückforderung der Honorare auch noch eine Konventionalstrafe von der Krankenkasse gefordert werden – so jedenfalls steht es in den Rahmenverträgen. Für eine Verurteilung wegen Betrugs muss man als Leistungserbringer aber schon ein bisschen mehr anstellen: Die Pflegedienstbetreiberin hatte mit Vorsatz nicht nur nicht ausreichend qualifiziertes Personal beschäftigt, sondern auch noch im größeren Stil Unterschriften gefälscht.

Mitarbeiter informieren

Trotzdem hilft es, wenn in der eigenen Praxis noch einmal allen Mitarbeitern ganz deutlich gemacht wird, dass sich jeder einzelne Therapeut an die die formalen Vorgaben des Vertrages zu halten hat. Diese legt der BGH „streng-formal" aus: Wer zum Beispiel alle MT-Fortbildungen absolviert hat, aber die Abschlussprüfung noch aussteht, darf keine MT-Verordnungen durchführen. Wer es dennoch tut, kann sich nicht mit Unkenntnis herausreden, sondern sollte sich klar machen, dass die Richter des BGH nicht großzügig über solche „Schummelei" hinwegsehen, sondern den Vorgang klar als Betrug bezeichnen! *(bu)*

SERVICE

Wer den Beschluss des BGH noch einmal im Original nachlesen möchte, kann das Dokument kostenlos bei der up|plus Hotline anfordern.

TK reduziert Zuschüsse

66 Prozent weniger für Osteopathie

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat angekündigt, dass sie zum Jahreswechsel Osteopathie nur noch mit insgesamt maximal 120 Euro pro Patient und Jahr bezuschussen wird. Im Vergleich zu den bis zu 360 Euro, die die Krankenkasse bislang erstattet hat, ist das ein Rückgang von 66 Prozent. Bei der Einführung einer großzügigen Zuschussregelung für Osteopathie-Behandlungen war die TK einst Vorreiter. Nun ist sie es erneut: beim drastischen Zusammenstreichen.

Die TK war die Krankenkasse, die erstmals im großen Stil die Behandlung beim Osteopathen bezuschusst hat. TK-Versicherte konnten sich pro Jahr sechs Behandlungseinheiten mit jeweils 60 Euro bezuschussen lassen. Das hat in der Folge dazu geführt, dass inzwischen auch die meisten Versicherten der anderen großen Krankenkassen in Deutschland in den Genuss ähnlicher Zuschüsse gekommen sind. Jetzt hat die Techniker Krankenkasse angekündigt, ihre Satzungsleistung Osteopathie anzupassen und ab Anfang 2015 nur noch drei Behandlungseinheiten mit maximal je 40 Euro zu bezuschussen. Damit könnte die TK erneut einen Trend starten.

Zusatzleistungen ab 2015 weniger entscheidend

So richtig überraschend kommt die Ankündigung der TK nicht. Denn der Gesetzgeber hat zum Januar 2015 den bislang geltenden einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen wieder abgeschafft. Ab kommendem Jahr gilt, dass Krankenkassen wieder selbst Einfluss auf die Beitragshöhe nehmen können. Während bei einheitlichen Beiträgen die Krankenkassen den Wettbewerb um Versicherte über unterschiedliche Zusatzleistungen führen mussten, rückt jetzt vermutlich wieder viel stärker die Höhe des Beitrags in den Fokus.

Zur Erinnerung: Als vor einigen Jahren die DAK einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8 Euro im Monat eingeführt hat, liefen ihr die Versicherten in Scharen davon. Dieses Szenario ist allen Krankenkassen noch in guter Erinnerung. Hat es doch anschaulich gezeigt, dass Versicherte offenbar mehr auf den Beitragssatz achten, als auf den Umfang der Versicherungsleistungen. Vor diesem Hintergrund ist es gut nachvollziehbar, warum die TK jetzt die Leistungen für Osteopathie so deutlich kürzt. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass bis zum Jahresende viele weitere Kassen ebenfalls Leistungskürzungen ankündigen, um die Kosten zu senken und damit möglichst niedrige Beiträge anbieten zu können.

Patienten von Vorteilen überzeugen

Wer bisher als Osteopathie-Anbieter von den Zuschüssen der Krankenkassen profitiert hat, muss jetzt gut aufpassen, seine Preise zu halten. Zu groß ist die Gefahr, dass Patienten jetzt mit Hinweis auf die geringeren Erstattungssätze versuchen, den Preis für eine Osteopathie-Behandlung zu drücken. Wer sich auf solche Diskussionen nicht angemessen vorbereitet, riskiert unangenehme Auseinandersetzungen und möglicherweise erhebliche Preisabschläge.

Haben Patienten für eine Behandlung bislang einen Zuschuss bekommen, haben sie das Gefühl, ihnen wird etwas vorenthalten, wenn dieser nun wegfällt. Doch nun gemeinsam mit den Patienten über die Krankenkasse zu klagen, hilft nicht. Therapeuten, die bisher vor allem damit geworben haben, dass die Kasse die Behandlung zahlt, sollten sich überlegen, ob es nicht an der Zeit ist, sich wieder stärker auf die Vorteile einer Osteopathie-Behandlung zu konzentrieren. Wer Patienten nahelegt, eine Behandlung hauptsächlich deswegen in Anspruch zu nehmen, weil sie nichts kostet (die Kasse zahlt ja...), der muss sich nicht wundern, dass diese Leistung nicht mehr in Anspruch genommen wird, sobald das Geld aus der eigenen Tasche der Patienten kommen soll. Am besten überzeugen Therapeuten Patienten, indem sie ihnen die gesundheitlichen Vorteile und die zusätzliche Lebensqualität vor Augen führen, die eine Osteopathie-Behandlung bringt. *(bu)*

Heilmittelvereinbarung Nordrhein 2014

Höhere Richtgrößen und neue Praxisbesonderheiten

Das Jahr 2014 ist schon fast vorbei, da gibt es endlich auch für den Bereich der KV Nordrhein die Heilmittelrichtgrößen für 2014. Aber das Warten hat sich gelohnt: Sechs Prozent höhere Richtgrößen, rückwirkend gültig ab Jahresanfang sowie eine neue Liste mit regionalen Praxisbesonderheiten sollten den Ärzten ein wenig den Regress-Druck nehmen – und die Versorgung mit Heilmittel-Therapie erleichtern.

„Insgesamt stehen für die Verordnung von Physio-, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Podologie 514 Millionen Euro zur Verfügung – das sind knapp sechs Prozent mehr als im Jahr 2013. Die Richtgrößen wurden entsprechend neu berechnet und gelten rückwirkend ab dem 1. Januar 2014“, berichtet die KV Nordrhein in ihrer Mitgliederzeitschrift „KVNO Aktuell“.

Neu: Anlage 3a – Praxisbesonderheiten bei orthopädischen Eingriffen

Die bundesweiten Praxisbesonderheiten (Anlage 1) und die Liste der Indikationen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2) sind jetzt Bestandteil der Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung der KV Nordrhein. Zusätzlich gibt es eine neue, nur im Bereich der KV Nordrhein gültige Anlage 3a mit Diagnosen, bei denen Maßnahmen der physikalischen Therapie nach chirurgisch orthopädischen Eingriffen als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Auch hier kennzeichnen die Arztpraxen die Besonderheit über die Kombination von ICD-10-Code und Indikationsschlüssel. *(bu)*

GANZ KONKRET

Pflichtlektüre ist für jede Physiotherapiepraxis in Nordrhein die neue Anlage 3a mit ihren neuen Praxisbesonderheiten. Die Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung mit allen Anlagen finden Interessierte im Internet auf den Seiten der KV Nordrhein. Da erfahrungsgemäß viele Ärzte solche Informationen überlesen, lohnt es sich, zumindest bei den wichtigsten Verordnern nachzufragen, ob die neuen Daten bekannt sind.

Das heilmittel telegramm...

... ist die Kundenzeitschrift der Heilmittel-Branche für die verordnenden Ärzte,
... informiert sachlich und wissenschaftlich fundiert,
... wird von Heilmittelerbringern an ihre Ärzte verteilt,
... gibt Ärzten die Möglichkeit, kostenlose Fortbildungspunkte (CME) zu erhalten,
... ist fundiert recherchiert und begründet,
... hilft bei der richtlinienkonformen Versorgung ihrer Patienten, und
... kann auf Wunsch mit individueller Rückseite an die regionalen Bedürfnisse angepasst werden,
... ermöglicht eine professionelle Präsentation Ihrer Praxis bei Ihren Ärzten.

Einzelpreis 8,90 Euro (Best.-Nr. hmto4/14)
Bestellen Sie jetzt für Ihre wichtigsten verordnenden Ärzte das heilmittel telegramm schon ab einem Staffelpreis von 1,95 Euro je Exemplar.

www.buchner-shop.de oder
Bestell-Hotline 0800 5999666 (gebührenfrei)

Urlaubsplanung ohne Stress

Ferien für die Praxis

Wenn Weihnachtsfest oder Sommerferien vor der Tür stehen, ist vermutlich die halbe Praxis schon gedanklich im Urlaub. Die Urlaubspläne sollten dann schon lange stehen und mit dem ganzen Team abgestimmt sein. Dabei gibt es für Praxischefs viel zu beachten: gesetzlicher Mindestanspruch, Unterbrechungsfristen, mögliche Betriebsferien und nicht zuletzt die kollegiale Absprache im Team.

Urlaubsanspruch der Mitarbeiter

Das Bundesurlaubsgesetz (BUrlG) schreibt für Mitarbeiter, die fünf Tage die Woche arbeiten, mindestens 20 Urlaubstage im Jahr vor. In Tarifverträgen sind allerdings für gewöhnlich deutlich mehr Tage angesetzt. Der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) schreibt für Mitarbeiter jeden Alters 30 Tage vor. Für Heilmittelerbringer gibt es keine vergleichbaren Tarifvereinbarungen. Um also keinen Unmut in der Praxis auszulösen, sollten Therapeuten prüfen, an wie vielen Tagen im Jahr sie betriebswirtschaftlich auf ihre Mitarbeiter verzichten können und zumindest etwas mehr Urlaub als das gesetzliche Minimum gewähren. Praxisinhaber selbst fallen als Selbstständige nicht unter das BUrlG, sollten sich aber natürlich auch Auszeiten gönnen und ihren eigenen Urlaub fest einplanen.
Für Teilzeitkräfte werden die Urlaubstage anteilig herunter gerechnet, je nach Zahl der Arbeitstage pro Woche. Arbeitet ein Mitarbeiter an drei Tagen in der Woche, stehen ihm drei Fünftel des Urlaubsanspruchs zu. Sind als Urlaubsanspruch 25 Tage festgelegt, würde diese Teilzeitkraft dann folglich nur 15 Urlaubstage erhalten. Den Urlaub müssen Arbeitnehmer bis Ende des Jahres genommen haben, sie können ihn sich nicht auszahlen lassen. Allerdings hat es sich als gängige Praxis etabliert, die Frist auf den 31. März des Folgejahres auszudehnen. So muss auch nicht die Hälfte der Mitarbeiter vor Weihnachten noch Urlaubstage loswerden.

Urlaub im Team planen

Damit dann nicht stattdessen im März der Praxisbetrieb wegen Personalmangels stillsteht, müssen Praxischefs vorausschauend planen. Mitarbeiter haben das Recht, Urlaubswünsche zu äußern, Arbeitgeber müssen den Urlaub dann aber noch gewähren. Für die Planung sollte in jedem Fall das ganze Team ins Boot geholt werden, denn nicht immer lassen sich alle Vorstellungen ohne weiteres miteinander vereinbaren. So können Praxisinhaber den Urlaub fair vergeben:

- Haben Mitarbeiter mehr als zwölf Urlaubstage im Jahr, dann ist es nach § 7 Abs. 2 BUrlG auch ihr Recht, sich einmal im Jahr mindestens an zwölf aufeinanderfolgenden Werktagen frei zu nehmen.
- Wenn Mitarbeiter ihre Urlaubswünsche frühzeitig einreichen, erleichtert das die Planung. Eine Frist für die Urlaubsanträge kann die Mitarbeiter motivieren, sich schon früh im Jahr über den Sommerurlaub Gedanken zu machen.
- Spontane Kurzurlaube und einzelne freie Tage sollten trotzdem möglich sein, etwa für Familienfeiern oder Renovierungen. Praxisinhaber vermeiden Streit, wenn sie auch das bei einer frühzeitigen Planung schon deutlich kommunizieren.
- Das Prinzip „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst“ sorgt schnell für Unstimmigkeiten. Absprachen und Kompromisse im Team sind deutlich gerechter. Mitarbeiter mit Schulkindern sollten außerdem bei Terminen in den Ferien bevorzugt werden.

Nur Krankheit kann gewährten Urlaub widerrufen

Eine vorausschauende Planung ist auch deswegen entscheidend, weil Arbeitgeber den einmal gewährten Urlaub nicht einseitig widerrufen dürfen – in der Regel selbst dann nicht, wenn ein anderer Kollege kurzfristig wegen Krankheit ausfällt. Herrscht in einem solchen Fall akuter Personalmangel, können Praxisinhaber lediglich versuchen, den Urlaub einvernehmlich mit dem Mitarbeiter zu verschieben.

Werden Arbeitnehmer wiederum während des Urlaubs krank, können sie die krank verbrachten Tage zurück erhalten. Praxisinhaber sollten ihre Mitarbeiter auf das rechtlich korrekte richtige Vorgehen hinweisen. Erkrankte Urlauber brauchen ein ärztliches Attest, dass die Arbeitsunfähigkeit bestätigt und müssen dem Arbeitgeber sofort Bescheid geben – auch, wenn sie sich im Ausland aufhalten. Sie können den so frei gewordenen Urlaubsanspruch auch nicht einfach an den geplanten Urlaub anhängen, sondern müssen ihn ganz regulär beim Praxischef neu beantragen.

Einfache Urlaubsplanung durch Betriebsferien

In besonders begehrten Sommerwochen oder der Zeit rund um Weihnachten und Neujahr bieten sich auch Betriebsferien an. Praxisinhaber dürfen – solange sie dafür nicht den kompletten Jahresurlaub ihrer Mitarbeiter aufbrauchen – Zeiten festlegen, in denen die Praxis schließt und die Mitarbeiter zum Urlaub gezwungen werden. Des guten Betriebsklimas wegen sollte das selbstverständlich in Absprache mit den Kollegen passieren.

Darauf sollten Arbeitgeber achten:

- Auch wenn Praxisinhaber darüber entscheiden – Betriebsferien sollten möglichst im Interesse des ganzen Teams sein. Einige kinderlose Kollegen wollen vielleicht lieber außerhalb der Hauptsaison eine Städtereise machen, das macht die Betriebsferien in den Sommerferien schwierig.

- Die Erfahrung zeigt in der Regel, in welchen Wochen des Jahres wenige Patienten in der Praxis erscheinen – weil diese ebenfalls im Urlaub sind. Auch die Betriebsferien zuweisender Ärzte können ein Hinweis auf günstige Zeiträume sein.

- Zwischen den Behandlungen einzelner Patienten dürfen keine zu großen Pausen sein, da sonst Unterbrechungsfristen überschritten werden. Auch das ist bei den Betriebsferien zu berücksichtigen. *(mk)*

INFO

Unterbrechungsfristen

Liegt zwischen zwei Terminen einer Behandlung ein zu großer Zeitraum, kann die Vergütung durch die GKV gekürzt werden. Wie groß die Pause jeweils sein darf, entscheiden die Rahmenverträge in den KV-Gebieten. Ansonsten gelten die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene. Diese schreiben eine Unterbrechungsfrist von 14 Kalendertagen für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden vor. Ausnahmeregelungen sind von der Kassenart und den jeweiligen Rahmenverträgen abhängig. Sie bestehen zum Beispiel, wenn der Patient krank oder verreist ist oder wenn es eine einvernehmliche Rücksprache mit dem Arzt gibt.

Achtung: Schummeln lohnt sich nicht – kommen die Kassen einem gefälschten Behandlungsdatum auf die Spur, drohen empfindliche Strafen.

INFO

Sonderurlaub

Bei bestimmten Lebensereignissen ist es üblich, den Mitarbeitern gesondert bezahlte Urlaubstage zu gewähren, die nicht vom regulären Urlaubskonto abgezogen werden. In so einem Fall ist ein Mitarbeiter nach BGB § 616 „ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert“. Das lässt sich relativ weit auslegen – viele Arbeitgeber gewähren zum Beispiel am Tag der standesamtlichen Hochzeit Sonderurlaub. Konkrete Regelungen sind in Tarifverträgen anderer Berufsgruppen festgelegt, Heilmittelerbringer-Praxen können sich daran orientieren. Hier einige Beispiele aus dem TVöD:

- Geburt des eigenen Kindes (als Mann): ein Arbeitstag

- Umzug an einen anderen Ort: ein Arbeitstag

- 25- und 40-jähriges Dienstjubiläum: ein Arbeitstag

- Todesfall naher Verwandter oder Lebenspartner: zwei Arbeitstage

Werbeideen für die Praxis

Mit Facebook die richtigen Kunden für Gruppenkurse finden

Als Praxisinhaber haben Sie das sicher auch schon erlebt: Trotz umfangreicher Werbeaktionen sind Ihre Gruppenkurse nicht ausgebucht. Was tun, dachte sich auch Björn Schwarz, Geschäftsführer des Kieler Praxisnetz Schürholz Sievers, und entdeckte die Werbemöglichkeit auf sozialen Netzwerken. Vor einem Jahr schaltete er bei Facebook eine Anzeige, um für seine „Krabbelsprotten" zu werben. Mit Erfolg: Gut 60 junge Mütter haben seither ihre Kleinen zwischen sechs und achtzehn Monaten über Facebook angemeldet.

Soziale Netzwerke sind als Werbeplattform ungemein spannend. Immerhin nutzen laut statistischen Bundesamt aktuell 28 Millionen Menschen in Deutschland Facebook. Mehr als die Hälfte der Nutzer ist der Altersgruppe 18 bis 34 Jahre zuzuordnen, gefolgt von den 35 bis 44-Jährigen und den 13 bis 17-Jährigen. „Der große Vorteil von Facebook ist", so Björn Schwarz, „dass man die Zielgruppe, die man erreichen will, genau einstellen kann." Im Fall des Kieler Praxisnetzes waren es Frauen zwischen 20 und 40 Jahren aus dem Großraum Kiel. Mit Hilfe von Facebook konnten die Kieler Ergotherapeuten so Kunden erreichen, die auf anderem Wege vielleicht nicht in die Praxis gekommen wären.

Der Weg zur Facebook-Anzeige

Das Anlegen einer eigenen Facebook-Seite unter www.facebook.com ist immer kostenlos. Ein Unternehmen kann so ohne viel Vorwissen eine repräsentative Seite einrichten. Nach der Registrierung führt der Link „Werbeanzeige erstellen" zu einer Erklärung der einzelnen Schritte (siehe Kasten). Ein wichtiger Aspekt für die Anzeige ist die Eingrenzung der Zielgruppe, die die Praxis erreichen möchte. „Man sollte sich genau überlegen, wen man ansprechen will", empfiehlt Schwarz. So seien die Streuverluste sehr gering.

Kosten für Facebook-Werbung

Ein weiteres Argument für Facebook-Werbung sind für den Praxischef auch die Kosten: „Für eine Anzeige in einer lokalen Zeitschrift zahlt man etwa zwischen 200 und 300 Euro, bei Facebook zwischen 20 und 50 Euro." Schwarz hat sich für eine speziell auf Werbung für die „Krabbelsprotten" abgestimmte Landing-Page entschieden. Wer die Anzeige auf Facebook anklickt, gelangt dann automatisch auf der Internetseite der „Krabbelsprotten" und kann sich dort genauer informieren und auch gleich anmelden. Als monatliches Budget für diese Werbemaßnahme hat er maximal 75 Euro vorgegeben. Die tagesgenaue Abrechnung erfolgt am Ende des Monats über die Kreditkarte.

Medium für ein gezieltes Marketing

Für Björn Schwarz ist Facebook ein Medium, mit dem man ganz gezielt Marketing betreiben kann. Und er wird wohl bald auch für den zweiten Gruppenkurs „Progressive Muskelentspannung" dort die Werbetrommel rühren... *(ks)*

Weitere Informationen finden Sie unter www.facebook.com/business/products

KONTAKT

Praxisnetz Schürholz Sievers GmbH
Sitz der Gesellschaft: Schönberger Straße 5-11
24148 Kiel, Telefon: 0431/ 58 69 203
Mail: info@schuerholz-sievers.de
www.schuerholz-sievers.de

INFO

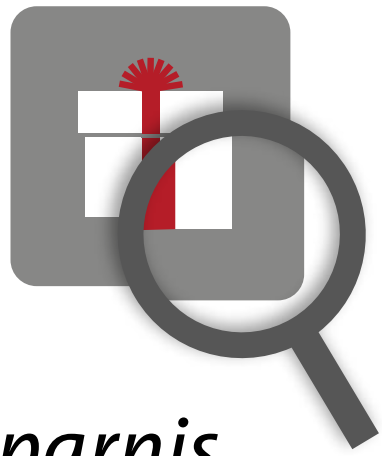
In wenigen Schritten zur Facebook Werbeanzeige

Eine Werbeanzeige auf Facebook zu schalten, erfordert kein großes Vorwissen. Selbst Einsteiger können relativ leicht eine Anzeige erstellen und die Zahlen ihrer Fans auf ihrer Facebook-Seite steigern. Nach der Registrierung auf der eigenen Seite klicken Sie auf den Link „Werbeanzeige erstellen" und wählen das Ziel Ihrer Anzeige aus – entweder eine Facebook-Seite, eine Facebook-App oder eine Website. Im nächsten Schritt definieren Sie den Text der Anzeige. Die Aussage sollte möglichst kurz und knackig sein, da nicht viele Zeichen zur Verfügung stehen.

Definition der Zielgruppe und Festlegung des Budgets

Wichtig ist im weiteren Verlauf die Auswahl der Zielgruppe nach Alter, Geschlecht und Umkreis des Standortes. Sind diese Angaben gemacht, wird die Anzahl der Personen eingeblendet, die im besten Fall erreicht werden können. Anschließend können Sie zwischen einem Tagesbudget und einem Laufzeitbudget mit einem maximalen Betrag wählen, den Sie bereit sind pro Tag zu zahlen. In beiden Fällen wird das vorgegebene Budget nicht überschritten. Abgerechnet wird entweder pro Klick (CPC) oder pro tausend Seitenaufrufe (CPM). Durchschnittlich liegt der CPC bei rund fünfzig Cent pro Klick. Im letzten Schritt wird die Zahlungsmethode (Lastschrift, Kreditkarte oder Paypal) vereinbart. Schließlich erfolgt die Freischaltung der Anzeige. Dies kann jedoch bis zu zwei Tage dauern.

Alle Jahre wieder: Aufmerksamkeiten für Mitarbeiter und Geschäftspartner



Bei Geschenken die Steuerersparnis nicht verschenken!

In der Vorweihnachtszeit gehören Grußkarten und Geschenke für zuweisende Ärzte, Mitarbeiter und Lieferanten auch in vielen Therapiepraxen zum guten Ton. Man bedankt sich für die angenehme Zusammenarbeit und wünscht zum Jahresende alles Gute. Eine schöne Tradition, bei der es aber einige Regeln zu beachten gilt. Wer nämlich zu großzügig sein sollte, verschenkt seine Steuerersparnis gleich mit.

Grundsätzlich können Praxischefs die Geschenke an ihre Geschäftspartner als Betriebsausgaben absetzen und somit ihre Steuerlast senken. Allerdings hat der Fiskus hier eine Grenze gezogen: Aufwendungen für Präsente dürfen die Anschaffungskosten pro Empfänger von insgesamt 35 Euro im Jahr nicht übersteigen. Wird diese Grenze überschritten, kann der gesamte Betrag nicht mehr abgesetzt werden.

Beispiel:

Praxisinhaber A schenkt Doktor B zum Geburtstag eine Flasche Wein und ein Buch im Wert von 30 Euro. Dann kann sich der Praxisinhaber die entsprechend zu leistende Vorsteuer erstatten lassen und den übrig gebliebenen Betrag als Betriebsausgaben geltend machen. Sollte er Doktor B aber mehr als einmal im Jahr ein Präsent machen, etwa zum Praxisjubiläum, muss er darauf achten, die Freigrenze von 35 Euro insgesamt nicht zu überschreiten.

Aufmerksamkeiten für Mitarbeiter

Wer seinen Mitarbeitern zu Weihnachten eine kleine Aufmerksamkeit zukommen lassen möchte, muss Folgendes berücksichtigen: Für die Steuerfreiheit beim Arbeitnehmer gilt eine Freigrenze von 40 Euro brutto. Bereits eine Überschreitung von nur einem Cent führt zum kompletten Erlöschen der Freigrenze und zur Besteuerung des Geschenkes als Arbeitslohn. Zudem wird dann der gesamte Betrag für den Arbeitnehmer auch sozialabgabenpflichtig. Bei Arbeitnehmern gilt die Freigrenze jedoch nicht für das gesamte Jahr, sondern für jeden einzelnen Anlass. Gibt es also mehrere Ereignisse im Laufe des Jahres – zum Beispiel Geburtstag, Geburt eines Kindes, Kommunion oder Konfirmation des Kindes, eine bestandene Prüfung, und so weiter – zu denen der Praxisinhaber seinem Mitarbeiter ein kleines Geschenk machen möchte, ist dies möglich. Er darf nur bei jedem einzelnen Anlass die Freigrenze von 40 Euro brutto nicht überschreiten.

Soweit Mitarbeitern Sachgeschenke gewährt werden, deren Wert den Betrag der Freigrenze überschreitet, kommt eine Steuer- und Beitragsfreiheit nicht mehr in Betracht. Die dann anfallende Lohnsteuer kann aber pauschal mit einem Steuersatz von 30 Prozent festgesetzt werden.

Kleine Präsente für Patienten

Zu den beliebtesten Weihnachtsgeschenken vieler Praxisinhaber gehören klassische Werbemittel. Doch aufgepasst: Ein Werbegeschenk soll in der Regel eine Botschaft an den Beschenkten übermitteln. Feuerzeuge, Kugelschreiber oder Taschenkalender mit Praxis-Logo sind nur bedingt für eine Praxis geeignet, denn sie haben keinen Bezug zur Therapie. Ein Kalender mit einem Trainingsprogramm kann hingegen an therapeutische Übungen anknüpfen und Ansporn für die Patienten sein. Ein Handwärmer für

die Manteltasche erinnert an die Wärmeanwendungen, die die Praxis anbietet. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt.

Buchung auf gesondertem Konto

Wichtig für die Abzugsfähigkeit all dieser kleinen und größeren Aufmerksamkeiten an Ärzte, Lieferanten und Mitarbeiter ist, dass der Praxisinhaber seine Aufwendungen für Geschenke immer getrennt von den sonstigen Betriebsausgaben aufzeichnet und auf einem gesonderten Konto „Geschenke an Geschäftsfreunde" getrennt von anderen Konten bucht. Dabei muss der Name des Empfängers aus Buchung oder Buchungsbeleg hervorgehen. *(ks)*

GANZ AKTUELL

Freigrenze von Sachzuwendungen ab 2015 von 40 auf 60 Euro erhöht

Gute Nachrichten für Therapeuten: Die Freigrenze von Sachzuwendungen wird ab 2015 von 40 auf 60 Euro erhöht. Das Bundeskabinett hatte Mitte August die Lohnsteuer-Richtlinien 2015 beschlossen und darin die Freigrenze für Aufmerksamkeiten, Arbeitsessen und Zuwendungen bei Betriebsveranstaltungen angehoben. Der Bundesrat stimmte dem Vorschlag kürzlich zu.

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im November/Dezember

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: Telefon: 04307 / 811 98 00, 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

Ort	Titel	Datum	Preis netto
November			
Stuttgart	Mitarbeiterkommunikation	13.11.14	199,50 €
München	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	13.11.14	199,50 €
München	Ideen für den Ausstieg aus der Praxis	14.11.14	199,50 €
Stuttgart	Rezeption - Ort der Entscheidung	14./15.11.14	329,50 €
Stuttgart	So entwickeln Sie erfolgreiche Geschäftsmodelle	27./28.11.14	329,50 €
Hamburg	Mitarbeiterführung	28./29.11.14	329,50 €
Dezember			
Hamburg	Praxiserfolg mit guter Organisation - Praxismanagement in der Heilmittel	10.12.14	199,50 €
Berlin	Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	11.12.14	199,50 €

Online-Seminare

Datum	Titel	Uhrzeit	Preis netto
November			
11.11.14	Jahreszielplanung - So wird es ein erfolgreiches neues Jahr Teil II	19:00	25,13 €
18.11.14	ICD-10 Codes verstehen und geschickt anwenden	19:00	25,13 €
25.11.14	Ausfallgebühren erfolgreich einfordern	19:00	25,13 €
Dezember			
03.12.2014	Keine Angst vor Praxisbegehungen	19:00	25,13 €
18.12.2014	Qualitätsmanagement - einfach anfangen und umsetzen!	19:00	25,13 €

up Leser werben Leser...

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

☐ Prämie 1
ANDROID TABLET-PC WI-FI "SurfTab breeze 7.0 plus", 7 Zoll, 4 GB, schwarz

7 Zoll / 17,78 cm TFT Touchscreen LCD-Bildschirm,
Auflösung: 1024 x 600 Pixel, Betriebssystem
Android 4.2.2, Cortex A9 dual core,
512 MB Arbeitsspeicher,
4 GB interner Speicher, Wi-Fi
Maße: ca. B19,2 x H11,2 x T0,97 cm

☐ Prämie 3
TINTENSTRAHLDRUCKER "PIXMA iP2850", weiß

Druckauflösung: bis zu 4.800 x 600 dp,
FINE Druckköpfe für besonders hochwertige Drucke,
Druckgeschwindigkeit SW: ca. 8 S./Min.; Farbe: ca. 4 S./Min.,
Abschaltautomatik, USB-Schnittstelle
Maße: ca. B42,6 x H23,5 x T3,4 cm

☐ Prämie 2
KÄRCHER Fensterreiniger "WV 2 Plus", gelb/schwarz

Der Fenstersauger mit extra Sprühflasche
Inkl. Glasreiniger-Konzentrat 20 ml
Gewicht inkl. Akku: 0,7 kg
Maße: ca. B9 x H35,5 x L13 cm

☐ Prämie 4
COOL BAR "Pacific", espressobraun

Kühlbox, Bistrotisch- und Beistelltisch in einem.
Integrierte Eisbox, Ablauffunktion,
höhenverstellbare Tischplatte.
Aus Polypropylen in Rattanoptik.
Maße aufgebaut: ca. B50 x T50 x H57,5 cm,
Höhe geöffnet: ca. 83,5 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 (Jahresbeitrag: 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:

0800 - 1 35 82 20

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon + 49 4307 811 90 Fax +49 4307 811 999
www.buchner.de