12.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Orthopäden reagieren auf Forderung nach Primärzugang

Verteilungskampf geht in die erste Runde

Mit einer harschen Pressemeldung reagieren die Orthopäden auf die Forderung der Osteopathieverbände auf ein eigenständiges Berufsbild und den Primärzugang zum Patienten. Im Ton und in der Argumentation wenig sachlich, dafür in der Botschaft klar und deutlich: Hier geht es nicht um medizinische Versorgung, sondern um einen Verteilungskampf um die Versichertengelder!

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU) ist strikt gegen den Primärzugang für Osteopathen und fordert von der Politik und den Krankenkassen „… die Osteopathie ausschließlich in ärztliche Verantwortung zu legen …". Damit reagieren die Orthopäden auf eine entsprechende Forderung der Verbände, die Osteopathie als eigenständiges Berufsbild zu etablieren und den Primärzugang auch für die nicht-ärztlichen Osteopathen zu ermöglichen (wie bereits im *up* 10/2013 und 11/2013 berichtet).

Im Kern geht es dem BVOU darum, dass die meisten Krankenkassen einen Teil der Kosten für Osteopathie übernehmen. Und dass dieses Geld eben den Heilmittelerbringern zugute kommt und nicht den Orthopäden. Versichertengelder sollten nach Ansicht des BVOU eben nicht in eine nicht-ärztliche Ebene fließen.

Argumente des BVOU nicht stichhaltig

Die Argumentation der Orthopäden dazu ist überraschend dünn. So erläutert der Orthopäde Reinhard Deinfelder für den BVOU: „Nicht-ärztliche Osteopathen und Krankengymnasten erheben lediglich einen Befund; dies hat mit dem Begriff der medizinischen Diagnose nichts zu tun. Die Anwendung von osteopathischen Techniken setzt eine eindeutige medizinische Diagnosestellung und Differentialdiagnose voraus. Und das ist allein das Können der Ärzte." Was der BVOU dabei geflissentlich ausblendet, ist die Tatsache, dass alle Krankenkassen die Kosten der Osteopathie nur dann erstatten, wenn vorher eine (Privat-)Verordnung und damit Diagnostik durch einen Arzt ausgestellt wurde. Insofern läuft die Argumentation hier vollständig ins Leere. »

aktuell

Osteopathie und Homöopathie
Diese Krankenkassen erstatten Kosten 5

Heilmittel-Branche in Zahlen (Teil 2)
Viel Umsatz – aber auch viel Fehlversorgung 12

abrechnung

Abrechnungstipp
Privatrezept 16

konzepte

Spezialisierung bringt wirtschaftlichen Erfolg
Einzigartiges Praxiskonzept in Deutschland 10

Praxisgemeinschaften bieten therapeutische und persönliche Vorteile
Therapeut und Orthopäde sind gleichberechtigte Partner in neuem Hamburger Therapiezentrum 18

tipps

Erfolgreiche Kostenerstattung bei Osteopathie
So kommen Ihre Patienten an ein Rezept 3

Neue AOK-Umfrage zur betrieblichen Gesundheitsförderung
Bieten Sie Ihren Kunden schon Therapien und Schulungen am Arbeitsplatz an? 8

Gewinnminderung – aber wie?
Steuerersparnisse durch geschickte Einnahmen- und Ausgabensteuerung 21

www.up-aktuell.de

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

Der Berufsverband der Orthopäden sollte sich schämen!

Das, was der Bundesverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. als Pressemitteilung zum Thema Osteopathie und Primärzugang veröffentlicht hat, ist sachlich falsch, argumentativ peinlich und von der Diktion her unverschämt.

Sachlich falsch ist es, den Eindruck zu erwecken, als würden Krankenkassen die Kosten für Osteopathie erstatten, ohne dass dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt. Ganz im Gegenteil! Das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung ist bei fast allen Kassen die Voraussetzung zur Kostenerstattung.

Argumentativ peinlich ist, dass ausgerechnet diese Facharztgruppe das Hohelied der Patientensicherheit singt. Obwohl bereits mehrfach in Untersuchungen von Krankenkassen hinterfragt worden ist, warum die Orthopäden in Deutschland nachweislich zu häufig operieren. Vielleicht sollten sie sich mal fragen, was gefährlicher für die Patienten ist: eine überflüssige OP durch einen Orthopäden oder eine Behandlung durch einen gut ausgebildeten Osteopathen?

Von der Wortwahl her unverschämt ist es, Therapeuten in die Nähe von Esoterikern zu setzen und dann noch von *Hokus-Pokus-Diagnostik* zu reden. Heilmittelerbringer sind erstklassig medizinisch ausgebildet und können mit einer Zusatzausbildung zum Osteopathen allemal den qualitativen Ansprüchen ihrer Patienten genügen.

Man kann nur hoffen, dass diese Pressemitteilung die Kopfgeburt eines Verbandsfunktionärs ist und nicht die Mehrheitsmeinung der niedergelassen Orthopäden darstellt. Denn sonst müssten sich wirklich alle Orthopäden dafür schämen!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner

Entschuldigung!

Selten haben wir so eine Resonanz auf ein Editorial bekommen wie auf das unserer November-Ausgabe, in dem ich vorgeschlagen habe, die Privatpreise zu erhöhen.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Leserinnen und Lesern entschuldigen, die sich zurecht darüber geärgert haben, dass ich den Eindruck erweckt habe, man könne Privatpreise einfach mal so erhöhen.

Das ist natürlich nicht so einfach mal gemacht, sondern erfordert Planung und kann im Einzelfall auch so viele Probleme aufwerfen, dass man die Preise so lässt, wie sie sind.

Als Entschuldigung für meine unsaubere Kommunikation widmen wir uns diesem Thema in der nächsten Ausgabe deshalb dann noch einmal klarer und lösungsorientierter.

Impressum

buchner

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

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

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Katrin Schwalbe-Fleitmann (ks), Jenny Werner (jw); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: alphaspirit (1), J. Dierks (3), Minerva Studio (4), R. Kneschke (7), nyul (8), FM 2 (9), LosRobsos (15), Peter Köhn (18, 19), Marco 2811 (21), RTimages (23); Reha Vital GmbH (10, 11), contrastwerkstatt (20), UKR (22), Privat (20, 22)

Fortsetzung Seite 1 *„Verteilungskampf geht in die erste Runde“*

Präsident des BVOU bezeichnet Osteopathen als Gefahr für die Patientengesundheit

„Von einer eigenständigen Versorgungseinheit, die keine Diagnosen, sondern nur Befunde erhebt, kann eine Gefahr für die Patientengesundheit ausgehen,“ meint Dr. Andreas Gassen, Präsident des BVOU, und fordert die Kassen auf, „strenge Qualitätsmaßstäbe an die Leistungserbringung zu legen, wie sie bei Ärzten üblich sind.“ Die Patientensicherheit, meint Gassen, „... wird aber in der nicht-medizinischen, heilberuflichen Osteopathie nie zu gewährleisten sein – da hilft auch keine gesetzliche Anerkennung.“

Außer der pauschalen Aussage, nur Ärzte könnten Qualität liefern, bleiben Gassen und sein BVOU hier eine sachliche, nachvollziehbare Argumentation schuldig. So mancher Heilmittelerbringer hat sich bei seiner Arbeit über Diagnosen wie „HWS-Syndrom“ auf Heilmittel-Verordnungen gewundert – und das nicht als Zeichen von ärztlicher Qualität und ausgefuchster Differentialdiagnostik gewertet.

Osteopathische Diagnosen seien Hokus Pokus

Bei so wenig Argumenten ist es dann auch kein Wunder, dass die Pressemitteilung zunehmend unsachlich und diffamierend wird. So vertritt Gassen die Meinung, „in nahezu allen Facharztrichtungen scharren Esoteriker, Heilberufler und andere mit den Hufen.“ Heilberufliche Therapeuten für Osteopathie würden Diagnosen auf „pseudowissenschaftlichen Erklärungen“ gründen. Aufgrund einer „Hokus-Pokus“ Diagnose würde behandelt. „Heilung wird damit dem Zufall überlassen,“ so Andreas Gassen, „die Schädigung der Patientengesundheit ist die wahrscheinlichere Kehrseite der Medaille.“

Spätestens jetzt wird jedem Leser dieser Pressemitteilung klar, dass es hier einzig und allein darum geht, die Gelder der Versicherten umzuleiten: weg von den heilberuflichen Osteopathen hin zu den Orthopäden. Besser hätten die Orthopäden gar nicht unterstreichen können, warum es so notwendig ist, den nicht-ärztlichen Heilberufen den Primärzugang bald möglichst zu erlauben. Denn medizinische Qualität wächst und gedeiht nicht durch Abgrenzung und dem Beharren auf angestammte Pfründe, sondern über Qualität! Und über diese muss nicht zuletzt der Patient entscheiden können, indem er zwischen den Angeboten verschiedener Professionen wählen kann. *(bu)*

> Service

Wenn Sie die Pressemitteilung interessiert, können Sie diese unter *www.bvou.net* herunterladen oder bei der **up|plus**-Hotline anfordern.

Erfolgreiche Kostenerstattung bei Osteopathie

So kommen Ihre Patienten an ein Rezept

Die gesetzlichen Krankenkassen können im Rahmen sogenannter Satzungsleistungen auch Therapien bezahlen, die als Regelleistung nicht in der Heilmittel-Richtlinie verankert sind. Osteopathie ist so eine Leistung. Sehr viele Kassen erstatten sie als Selbstzahlerleistung in gewissem Umfang (siehe dazu auch unsere Tabelle auf den Seiten 5 bis 7). Allerdings ist die Kostenerstattung der Osteopathie an die Verordnung durch einen Arzt gebunden. Und die Ärzte verweigern ihren Patienten teilweise eine solche Verordnung. Sieben Tipps, um trotzdem an eine Verordnung zu kommen.

Extraleistungen der Krankenkassen lohnen sich für die Versicherten der GKV. Nach Ansicht der Stiftung Warentest sind jedes Jahr mehrere hundert Euro für jeden Versicherten in Form solcher freiwilligen Leistungen drin. Im Falle der Osteopathie übernehmen viele Kassen z. B. 80 Prozent der Kosten – begrenzen die Kostenübernahme aber auf beispielsweise sechs Mal 60 Euro im Jahr! Genaue Details dazu können Sie den entsprechenden Tabellen auf den Seiten 5 bis 7 entnehmen.

Doch damit es wirklich zu einer Übernahme der Kosten durch die GKV kommt, braucht man die Verordnung eines Arztes. Und hier beginnt das eigentliche Problem. Denn inzwischen fangen einige Ärzte an, sich schlicht und ergreifend zu verweigern. Im schlimmsten Fall greift der Neidfaktor: „Für den Stundenlohn würde ich auch gern arbeiten!“ wird dann dem Patienten erklärt. Und mit dem Hinweis auf vermeintlich fehlende wissenschaftlich belegte Erfolgsnachweise die Verordnung einfach verweigert.

Diese Tipps können Ihnen helfen, dass Sie und Ihre Patienten einfacher an die Osteopathie-Verordnungen kommen, die Ihnen zustehen! >>

Fortsetzung Seite 3 *„Erfolgreiche Kostenerstattung bei Osteopathie“*

TIPP 1: Konfliktpunkt „Das geht auf mein Heilmittelbudget!“

Die Angst mancher Ärzte, dass Osteopathie-Verordnungen in das individuelle Richtgrößenvolumen hineingerechnet werden, ist falsch. Richtig ist, dass Osteopathie-Verordnungen auf einem Privat- oder auf einem grünen Rezept ausgestellt werden. Damit sind diese nicht Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

TIPP 2: Konfliktpunkt „Das muss ich ja auf einem Privatrezept verordnen.“

Einige Ärzte scheuen sich davor, Therapien auf einem Privatrezept zu verordnen. Diese Bedenklichkeit können Sie beruhigen, in dem Sie auf die Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen hinweisen *(www.tk.de/tk/leistungen-a-z/o/osteopathie/405096)*. Die sprechen nämlich gar nicht von verordnen! Sie verlangen lediglich eine formlose ärztliche Bescheinigung, mit der die osteopathische Behandlung veranlasst wird.

HINTERGRUND

Osteopathie darf / kann nicht auf einer GKV-Heilmittelverordnung verordnet werden. Grund: Diese Leistung wird in der Heilmittel-Richtlinie gar nicht genannt. Allerdings ist Osteopathie auch nicht aus dem Leistungskatalog der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen worden. Deswegen darf die Krankenkasse die Leistung trotzdem bezahlen – nur eben auf Privatrezept.

TIPP 3: Konfliktpunkt „Was habe ich davon?“

Diese Frage stellen einige Ärzte durchaus. Schließlich müssen sie ja aktiv werden, ohne das Honorar für die Therapie zu bekommen. Dieses Argument können Sie mit einem Hinweis auf ärztliche Kollegen abmildern, die für so ein Rezept oder eine Bescheinigung für Osteopathie dem Patienten eine Privatrechnung ausstellen, je nach Umfang z. B. auf Basis der Nr. 70 GOÄ.

Außerdem können Sie dem Arzt erklären, dass das Verordnen von Osteopathie das Heilmittelbudget entlastet: Wenn sich ein Patient Osteopathie verschreiben lässt, ist klar, dass es keine Heilmittel auf GKV-Verordnung gibt. Insofern ist die Osteopathie-Verordnung für manchen Arzt eine Handlungsoption bei Budgetüberschreitung. Zu guter Letzt pflegt er mit der Verordnung seine Patientenzufriedenheit. Viele Betroffene schwören auf Osteopathie. Und sind dankbar, wenn sie einen Arzt finden, der ihnen dabei keine Steine in den Weg legt.

TIPP 4: Konfliktpunkt „Ist das nicht nur eine Modeerscheinung?“

Natürlich gibt es Ärzte, die Osteopathie für Geldschneiderei und eine Modeerscheinung halten. Dann sollten Sie Ihrem Zuweiser die Osteopathie näher bringen. Die Demonstration einer kostenlosen Behandlung am eigenen Körper überzeugt manche Zweifler oft schneller als viele Worte. Aber auch Kopien von Studien oder die Überlassung von Fachliteratur kann helfen, Sicherheit, Vertrauen und Zustimmung zu schaffen. Am einfachsten überlassen Sie Ihrem Arzt die Zusammenfassung der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2009: „Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren“ (*www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.7841*).

TIPP 5: Konfliktpunkt „Ich halte das für Hokus-Pokus“

Manche Ärzte sind einfach nicht belehrbar. Sie finden Osteopathie blöd, halten sie für gefährlich oder ähnliches. Dann sollte ihr Patient über einen Arztwechsel nachdenken. Seit dem Wegfall der Praxisgebühr ist das überhaupt kein Problem mehr. Achtung: Lassen Sie sich als Therapeut aber nicht dabei erwischen, dass Sie aktiv einen Patienten zum Arztwechsel motivieren. Das wird von manchen Ärzten als nicht loyales Verhalten gewertet. Die richtige Formulierung in diesem Zusammenhang lautet: „Ein anderer Patient von mir hat auch keine Verordnung bekommen. Er ist dann zu Dr. Freundlich gegangen. Das hat Dr. Griesgram noch nicht mal mitbekommen.“

TIPP 6: Konfliktpunkt „Ich rate Ihnen dringend davon ab! Viel besser ist …“

Manche Ärzte haben verstanden, dass Patienten, die eine Osteopathie-Verordnung haben wollen, potentielle Selbstzahler bzw. IgeL-Kunden sind. Deswegen versuchen sie, diesen Patienten eine Alternative zu verkaufen. Also sollten Ihre Patienten unbedingt die Vorteile von Osteopathie verstanden haben und davon überzeugt sein, um dem Verkaufsdruck des Arztes zu widerstehen.

TIPP 7: Konfliktpunkt „Und wer haftet dann bei Behandlungsfehlern, etwa ich als Arzt?“

Die Angst bzw. Unkenntnis über das Thema Haftpflicht in Zusammenhang mit möglichen Behandlungsfehlern hält einige Ärzte davon ab, Osteopathie zu verordnen. Deswegen hat z. B. die Sächsische Ärztekammer diese Frage untersucht. Sie kommt zu folgendem Ergebnis: „Grundsätzlich haftet der Arzt nur für seine eigene Leistungserbringung. Demzufolge muss er sich auch nur hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit versichern.“ *(bu)*

Mit unseren Tipps können Sie unsicheren Ärzten bei der Entscheidung helfen.

Osteopathie und Homöopathie

Diese Krankenkassen erstatten Kosten

Durch das Versorgungsstrukturgesetz sind inzwischen viele Krankenkassen dabei, auch Leistungen, bei denen für gesetzliche Krankenkassen keine Leistungspflicht besteht, ganz oder teilweise im Rahmen einer Kostenerstattung zu übernehmen. Dazu gehören insbesondere die Osteopathie und die Homöopathie. Die Stiftung Warentest hat in ihrer Zeitschrift Finanztest (Ausgabe 12/2013) erneut dazu eine aktualisierte Übersicht aller Kassen zusammengestellt. Wir haben die wichtigsten Informationen für Sie auf den Seiten 5 bis 7 zusammengefasst. Damit können Sie Ihren Patienten gezielt Informationen über mögliche Erstattungen zukommen lassen.

Die Erstattung von Leistungen, die durch Physiotherapeuten erbracht werden, hängen bei allen Kassen davon ab, dass ein Arzt eine Bescheinigung, Privatrezept oder grünes Rezept ausstellt. Das kann im Einzelfall durchaus eine Hürde sein. Tipps zur Umgehung solcher Probleme finden Sie auf den Seiten 3 bis 4. Zur Vermeidung von Enttäuschungen bei Ihren Patienten empfehlen wir, die Patienten vor Beginn der Behandlung zur Kasse zu schicken, um die jeweiligen speziellen Bedingungen zur Erstattung zu erfragen. Zwingende Voraussetzung ist jedoch immer: Die Ausbildung zum Osteopathen muss vollständig abgeschlossen sein. Und: Für die Übernahme der Kosten bei Homöopathie ist in der Regel die Behandlung durch einen homöopathisch ausgebildeten Arzt notwendig! Der sektorale Heilpraktiker reicht definitiv nicht aus. *(bu)*

Zusatzangebote der gesetzlichen Krankenkassen

Die Tabelle zeigt, welche Kassen Extraleistungen anbieten, die das Versorgungsstrukturgesetz seit 2012 vorsieht.

Kasse	Homöopathie	Osteopathie	Maximale Erstattung Osteopathie €/Jahr
Actimonda KK	ja	ja	360
AOK Baden-Württemberg	eingeschränkt	nur für Säuglinge	100
AOK Bayern	nein	nein	0
AOK Bremen/Bremerhaven	ja	ja	250
AOK Hessen	nein	nein	0
AOK Niedersachsen	ja	ja	250
AOK Nordost	eingeschränkt	nein	0
AOK Nordwest	nein	ja	360
AOK Plus	ja	ja	360
AOK Rheinland/Hamburg	nein	nein	0
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	nein	nein	0
AOK Sachsen-Anhalt	nein	ja	240
Atlas BKK Ahlmann	ja	ja	390
Audi BKK	ja	nein	0
Bahn-BKK	ja	ja	150
Barmer GEK	eingeschränkt	ja	100
Bergische KK	ja	ja	200
Big Direkt	ja	ja	400
BKK 24	ja	ja	360
BKK Achenbach Buschhütten	ja	ja	360
BKK Advita	ja	ja	240
BKK Akzo Nobel-Bayern	ja	ja	360
BKK ATU	ja	ja	150
BKK Braun-Gilette	ja	ja	390
BKK Demag Krauss-Maffei	ja	ja	360
BKK Diakonie	ja	nein	0
BKK Dürkopp Adler	ja	ja	390

Fortsetzung Seite 5 *„Diese Krankenkassen erstatten Kosten“*

Kasse	Homöopathie	Osteopathie	Maximale Erstattung Osteopathie €/Jahr
BKK Essanelle	ja	ja	360
BKK Euregio	ja	ja	360
BKK Exklusiv	ja	ja	360
BKK Faber-Castell & Partner	ja	ja	360
Bkk Firmus	ja	nein	0
BKK Freudenberg	ja	ja	240
BKK Gildemeister Seidensticker	ja	ja	280
BKK Herford Minden Ravensberg	ja	ja	360
Bkk Herkules	ja	ja	240
BKK IHV	ja	ja	360
BKK Kassana	ja	nein	0
BKK Linde	ja	nein	0
BKK Medicus	nein	ja	360
BKK Melitta Plus	ja	ja	360
BKK Mobil Oil	ja	ja	360
BKK Pfalz	ja	nein	0
BKK Phoenix	ja	nein	0
BKK Scheufelen	ja	ja	240
BKK der Thüringer Energieversorgung	ja	ja	300
BKK VBU	eingeschränkt	ja	360
BKK VDN	ja	ja	240
BKK VerbundPlus	ja	ja	360
BKK Victoria-DAS	ja	ja	150
BKK Vital	nein	nein	0
BKK vor Ort	ja	ja	360
BKK Wirtschaft & Finanzen	ja	ja	150
BKK ZF & Partner	ja	ja	360
Bosch BKK	eingeschränkt	nein	0
Brandenburgische BKK	eingeschränkt	ja	300
DAK Gesundheit	eingeschränkt	nein	0
Deutsche BKK	ja	nein	0
Energie BKK	ja	ja	360
Esso BKK	ja	ja	150
G&V BKK	ja	nein	0
Heimat Krankenkasse	ja	ja	240
HEK Hanseatische KK	ja	ja	360
hkk	nein	bis zum 18. Lebensjahr	100
HVB BKK	eingeschränkt	eingeschränkt	0
IKK Brandenburg und Berlin	ja	nein	0
IKK Classic	ja	ja	150
IKK Gesund Plus	eingeschränkt	ja	360
IKK Nord	ja	ja	360
IKK Südwest	nein	nein	0

Kasse	Homöopathie	Osteopathie	Maximale Erstattung Osteopathie €/Jahr
KKH	nein	nein	0
Knappschaft	ja	ja	150
mhplus BKK	ja	ja	360
Novitas BKK	nein	nein	0
Pronova BKK	ja	ja	336
R+V BKK	ja	ja	360
Salus BKK	nein	ja	300
SBK	ja	ja	180
Schwenninger KK	eingeschränkt	nein	0
Securvita BKK	ja	ja	600
Shell BKK / Life	nein	ja	360
Siemag BKK	nein	ja	360
TK Techniker KK	ja	ja	360
Vaillant BKK	ja	ja	300
Vereinigte BKK	ja	ja	240

Quelle: Stiftung Warentest, Ausgabe 9/2013, © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Bundesregierung soll Veränderungen in der Gesellschaft berücksichtigen

Verbände fordern besseren Zugang zu Reha-Leistungen

Viel zu häufig werden Anträge von Versicherten auf medizinische Rehabilitation bei den gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt. Diese Situation kritisieren die zuständigen Verbände jetzt in einer Resolution. Sie fordern drei konkrete Verbesserungen.

„Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen führen dazu", heißt es in der Resolution, die der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) gemeinsam mit anderen Organisationen verabschiedet hat, „dass Menschen, die dringend auf Rehabilitationsleistungen angewiesen sind, diese nicht erhalten." Die Politik sollte endlich den demografischen Wandel berücksichtigen: Erstens müssen Menschen heute länger arbeiten und dazu gesundheitlich in der Lage sein. Zweitens steigt die Zahl der Pflegebedürftigen stetig. Reha-Maßnahmen fördern erwiesenermaßen die Fähigkeit, länger berufstätig zu bleiben und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Etablierung eines neuen Verordnungsverfahrens

Konkret fordern die Verbände ein neues Verordnungsverfahren. Das jetzige dreistufige Genehmigungsverfahren ist zu bürokratisch. Zudem darf der behandelnde Arzt lediglich den Vordruck ausfüllen, wenn er die spezielle Weiterbildung absolviert hat. Auch die Forderung nach einer persönlichen Untersuchung des Patienten durch den MDK ist Bestandteil der Resolution. Sowie der Wunsch, dass der zuständige Gutachter in Zukunft verpflichtet ist, konkrete Behandlungsalternativen und deren Verfügbarkeit zu nennen.

Stärkung des Grundsatzes »Reha vor Pflege«

Die Verbände weisen auch auf den wirtschaftlichen Interessenkonflikt gesetzlicher Krankenversicherungen bei Patienten hin, die von der Pflegebedürftigkeit bedroht oder betroffen sind. „Da die Krankenkassen in einem scharfen Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen stehen, würden sie (...) unwirtschaftlich handeln, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit investieren würden." Deshalb geben sie Betroffene vorzugsweise an die Zuständigkeit der Pflegeversicherung ab. Die Verbände schlagen deshalb einen finanziellen Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vor.

Abschaffung des Reha-Budgets

„Das derzeitige Budget (...) für medizinische Rehabilitationsleistungen bei der Rentenversicherung reicht längst nicht mehr aus, um den steigenden Anteil der älter werdenden und dringend gebrauchten Arbeitskräfte bis zum Eintritt in das Rentenalter im Erwerbsleben halten zu können." Die Verbände fordern deshalb die Abschaffung des im Jahr 1997 eingeführten Reha-Budgets. „Die Aufwendungen der Rentenversicherung müssen sich am Bedarf orientieren und dürfen nicht nach realitätsfernen Kriterien budgetiert werden." *(ks)*

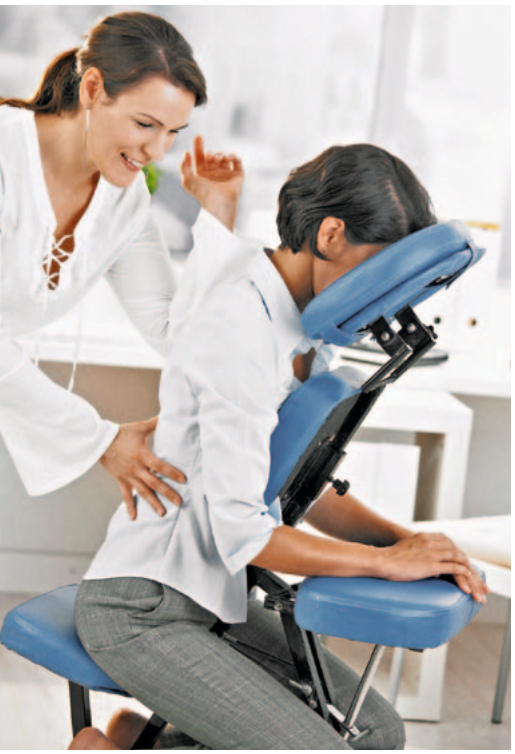
> Service

Die Resolution finden Sie im Internet unter *www.bdpk.de/media/file/1101.Resolution_medizinische_Rehabilitation_25_10_2013.pdf.*

Neue AOK-Umfrage zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Bieten Sie Ihren Kunden schon Therapien und Schulungen am Arbeitsplatz an?

Die Förderung der Mitarbeitergesundheit wird seit 2009 steuerlich unterstützt. Nach § 3 Nr. 34 EStG kann ein Unternehmen bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter und pro Jahr seither lohnsteuerfrei für Maßnahmen der Gesundheitsförderung investieren. Wir zeigen Ihnen fünf konkrete Beispiele, die auch kleine Praxen Firmen anbieten können.



So können Sie sich mit speziellen BGF-Angeboten ein zweites Standbein aufbauen.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung engagieren sich größere Unternehmen mehr als kleinere. Obwohl 79 Prozent der Beschäftigten in Deutschland Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für wichtig halten. Das zeigt eine repräsentative Umfrage des Marktforschungsinstitutes INSA im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

Für die Umfrage wurden knapp 1.000 Beschäftigte befragt. Je nach Betriebsgröße waren deutliche Unterschiede zu erkennen: So investierten drei von vier Unternehmen mit mehr als 50 Angestellten in die Gesundheit ihres Personals. Bei Kleinunternehmen mit weniger als 50 Mitarbeitern gaben nur 35 Prozent der Befragten an, dass in ihren Unternehmen etwas für die Gesundheit getan wird.

Beim Thema Arbeitsschutz dagegen engagieren sich 82 Prozent der kleineren und 36 Prozent der größeren Unternehmen. Grippeschutzimpfungen bieten 24 Prozent der kleineren und 50 Prozent der größeren an, Gesundheitskurse dagegen nur acht Prozent der kleinen und 36 Prozent der größeren Firmen.

Diese Präventionsmaßnahmen werden gerne gebucht

Zu den laut der Studie am häufigsten durchgeführten Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz zählen u.a. Maßnahmen zur Stressbewältigung, Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung sowie die Reduktion von körperlichen Belastungen. In all diesen Bereichen können auch Heilmittelerbringer tätig werden.

Beispiel 1: Infoveranstaltungen
Wie wirkt sich beispielsweise dauerhaftes Sitzen auf die Gesundheit aus? Hier können Angebote von Ihnen wie Infoveranstaltungen, Workshops, Gesundheitstage oder physiotherapeutische Sprechstunden helfen, um das Bewusstsein von Betriebsangehörigen für das Thema *Gesundheit am Arbeitsplatz* zu stärken und sie zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil zu motivieren.

Beispiel 2: Therapeutische Einweisungen
Wie lässt sich der Büro-Arbeitsplatz ergonomisch verbessern? Welche praktischen Übungen tun dem Rücken gut und beugen den arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vor? Die Antwort kann eine gezielte Physiotherapie am Arbeitsplatz unter spezieller Berücksichtigung der besonderen Anforderungen sein.

Beispiel 3: Mobile Massagen
Massagen am Arbeitsplatz helfen Verspannungen im Nacken abzubauen und fördern die Durchblutung des Kopfes. Der Mitarbeiter kann sich anschließend besser konzentrieren. Mit einer mobilen Massage-Liege können Sie ein- bis zweimal pro Monat direkt vor Ort behandeln.

Beispiel 4: Bewegungsangebote
Wie mobilisiere ich meine Mitarbeiter erfolgreich, um Übergewicht und Krankheiten vorzubeugen? Bewegungsangebote wie Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, Pilates für Anfänger, *After Work Walking* oder begleitendes Training bei Firmenläufen – Möglichkeiten gibt es viele. Die Kurse können Sie in Ihrer Praxis oder auch direkt im Unternehmen anbieten.

Beispiel 5: Aktive Mittagspause
Wie lässt sich beispielsweise die Mittagspause aktiv gestalten? Professionell geleitete Bewegungspausen wie Dehn- und Kräftigungsübungen können einen sinnvollen Ausgleich für das Stillsitzen am Arbeitsplatz bieten, frei nach dem Motto: Lieber eine halbe Stunde bewegen, statt in der Kantine zu sitzen! *(ks)*

> Tipp
Entwickeln Sie einen Flyer zu Ihren Angeboten zur *Betrieblichen Gesundheitsförderung* und aktualisieren Sie Ihre Website! Und los geht's.

Praxisinhaber aufgepasst!

Denken Sie an die Verjährungsfristen von Honorarrechnungen aus 2010!

Gemäß § 195 BGB verfallen ausstehende Rechnungen aus dem Jahr 2010 zum 31. Dezember diesen Jahres. Das sollten Sie wissen:

Honorarforderungen verjähren laut Gesetz innerhalb einer Frist von drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden bzw. die Rechnung gestellt worden ist und der Schuldner davon Kenntnis erlangt hat.

Beispiel
Das Ende der Behandlung und die Rechnungsstellung erfolgte im März 2010. Die Verjährung tritt mit Ablauf des 31.12.2013 ein.

Wichtig
Praxisinhaber können den Eintritt der Verjährung verhindern, wenn sie den Honoraranspruch durch Mahnbescheid oder Klage geltend machen. Sowohl eine Klage als auch der Mahnbescheid sollten vor Ablauf der Verjährungsfrist dem Patienten zugestellt sein.

Praxisinhaber können den Eintritt der Verjährung verhindern, wenn sie den Honoraranspruch durch Mahnbescheid oder Klage geltend machen.

Heilmittelerbringer mit säumigen Patienten sollten deshalb spätestens im Laufe des Dezembers zur gerichtlichen Geltendmachung ihrer Privathonorare aus 2010 Rechtsanwälte oder Verrechnungsstellen einschalten. Oder selbst einen Mahnbescheid beantragen bzw. Klage erheben.

Unterschiedliche Verjährungsfristen der gesetzlichen Krankenkassen

Für die Verjährungsfrist bei Ansprüchen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen besteht leider keine allgemeingültige Vorschrift. Zwar besagt § 45 Absatz 1 SGB I, dass Ansprüche auf Sozialleistungen in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind, verjähren. Diese Vorschrift stellt jedoch nur eine Auffangregelung dar, die nicht zwingend ist!

Vielmehr können in den Rahmenverträgen abweichende Vereinbarungen getroffen werden. So besagt z. B. der Rahmenvertrag der Primärkassen in Westfalen-Lippe für Ergotherapeuten, dass Forderungen aus Vertragsleistungen nach Ablauf eines Jahres – gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind – nicht mehr erhoben werden können. In diesem Fall muss monatlich die Verjährung von Ansprüchen aus Behandlungen des Vorjahresmonats überprüft und beachtet werden.

Ergotherapeuten in Westfalen-Lippe müssen bei Ansprüchen gegen Versicherte der Primärkassen monatlich die Verjährung von Ansprüchen aus Behandlungen des Vorjahresmonats überprüfen.

Der Rahmenvertrag der Primärkassen für Ergotherapie in Berlin regelt wiederum, dass – wie bei den Privathonoraren – die 3-jährige Verjährung des § 195 BGB gilt. Hier müssten also auch bis zum Jahresende die Forderungen aus dem Jahr 2010 gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden.

In wieder anderen Rahmenverträgen wird Bezug genommen auf die Verjährungsvorschrift des § 45 Absatz 1 SGB I, so z. B. im Rahmenvertrag für die Physiotherapeuten der Primärkassen in Bayern sowie der AOK in Baden-Württemberg.

Wichtig
Ist dem Rahmenvertrag keine ausdrückliche Verjährungsregelung zu entnehmen, so gilt § 45 Abs.1 SGB I, also die 4-jährige Frist zum Jahresende. Es empfiehlt sich folglich, die Verjährungsfristen der einschlägigen Rahmenverträge zu kennen, um die Forderungen gegen die gesetzlichen Krankenkassen noch rechtzeitig geltend machen zu können. *(ks)*

> Service
Wenn Sie die Rahmenverträge nicht vorliegen haben oder Unklarheiten bei den Verjährungsregelungen bestehen, können Kunden die Rahmenverträge bei der Hotline unter der Nummer 0800-9477360 abrufen bzw. sich die Regelungen erläutern lassen.

Spezialisierung bringt wirtschaftlichen Erfolg

Einzigartiges Praxiskonzept in Deutschland

Bereits in seinem Studium hatte der Essener Physiotherapeut Dr. Sebastian Teschler (33) den Schwerpunkt »Atemwegerkrankungen«. Eine Angestelltentätigkeit erschien ihm damit wenig aussichtsreich. Doch auch der Weg in die Selbständigkeit war schwierig.

Mit dem Tramp-Trainer ist eine gezielte Stärkung der Beckenbodenmuskulatur möglich.

Zunächst hatte er die Gründung eines ambulanten pneumologischen Reha-Zentrums geplant. Doch die Rentenkassen verweigerten ihm die erforderliche Zulassung. Sebastian Teschler ließ sich nicht entmutigen. Er entwickelte spezielle Trainingsangebote für Menschen mit Atemwegerkrankungen. So entstanden Anfang 2011 die ersten Lungensportgruppen. Der Grundstein für seine Schwerpunkt-Praxis war gelegt. „Sechs Jahre dauerte es von der Idee bis zur endgültigen Umsetzung.“, erinnert er sich der heutige Praxischef.

Im Januar 2011 eröffnete er endlich seine eigene Praxis „Physiotherapie am Lungenzentrum“ im Herzen des Ruhrgebiets. Der besondere Standortvorteil: Seine Therapieräume liegen auf der gleichen Etage wie das Ambulante Lungenzentrum Essen. „Bis auf eine Gemeinschaftspraxis sitzen alle Lungenärzte der Stadt hier und betreuen 25.000 Patienten pro Jahr“, erklärt der Therapeut.

Doch trotz bester Voraussetzungen lief es anfangs nicht so gut. „Auch wenn die Ärzte mich als Spezialisten vor Ort positiv wahrnahmen, kam ihnen die Möglichkeit, eine pneumologische Therapie zu verordnen, erst gar nicht in den Sinn.“ Initiative in Form von Werbung war gefragt. Sebastian Teschler steckte viel Zeit und Kosten in die Pflege seiner Website und in Flyer über sein besonderes Angebot, die er in den Wartezimmern der Ärzte auslegte.

Der Erfolg

Entscheidend für den Erfolg war letztlich die Schulung seines Teams: „Wir haben unsere Mitarbeiter zu Beratern ausgebildet“, erläutert der Praxischef. „Wer nur das Rezept abarbeitet, der ist bei mir fehl am Platz.“ Aufgabe der angestellten Therapeuten ist es vielmehr, die Patienten zu beraten, sie zu mehr Aktivität zu ermuntern und ihnen somit Wege zeigen, wie sie ihr Therapieziel selbständig erreichen können.

Die Idee hat sich bewährt. Immer mehr Patienten fordern jetzt ihre behandelnden Ärzte von sich aus auf, ihnen eine Atemtherapie zu verschreiben. Inzwischen behandelt der 33-Jährige auf knapp 800 Quadratmetern rund 600 Patienten mit Lungenerkrankungen und beschäftigt elf Mitarbeiter, darunter sieben Physiotherapeuten. Die Zahl der Lungensportgruppen ist auf 30 mit jeweils 15 Teilnehmern angestiegen.

> Mit der Spezialisierung auf Lungenerkrankungen ist meine Praxis wohl einzigartig in Deutschland.

Patienten mit Lungenerkrankungen, die in seiner Praxis etwa 95 Prozent ausmachen, haben oft einen langen Leidensweg hinter sich. Speziell solche mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) leiden im fortgeschrittenen Krankheitsstadium unter zunehmender Atemnot. Bei jeder kleinsten körperlichen Aktivität bleibt ihnen die Puste weg. Die Folge: Sie schonen sich und werden immer inaktiver. Ein Teufelskreis, wie der Atemtherapeut weiß. Denn die mangelnde Bewegung führt zu einem Abbau der Muskulatur und letztlich zu einer noch größeren Atemnot.

Raum für bedürfnisgerechtes Ausdauer- und Krafttraining auf 200 Quadratmetern Fläche.

Das Konzept

Für solche Patienten reicht ab und zu mal ein Reha-Aufenthalt oder ein bisschen Lungensport nicht – wie es immer noch die gängige Praxis ist – erklärt der Experte für Lungenerkrankungen. Sie brauchen eine gezielte Therapie, die aus Lungensport, Muskelaufbautraining und der Vermittlung verschiedener Atemtechniken besteht.

Und genau an diesem Punkt setzt sein Konzept an: Er führt Patienten behutsam an den Sport heran, um ihnen die Angst vor der Atemnot zu nehmen. Grundlage jedes Trainingsplans ist eine ausführliche, individuelle Gesundheitsanalyse, die gemeinsam mit den Patienten erarbeitet wird. „Bei uns braucht keiner Angst vor Überforderung zu haben." So gibt es spezielle Atemtechniken wie z. B. die dosierte Lippenbremse, bei der der Patient durch locker aufeinanderliegende Lippen langsam ausatmet.

Die Abrechnung

Grundsätzlich können Heilmittelleistungen wie die Krankengymnastik Atemtherapie als physiotherapeutische Einzelbehandlung und die Krankengymnastik am Gerät verordnet werden. Ein Hemmschuh, so Physiotherapeut Teschler, sei allerdings die geringe Heilmittelrichtgröße der Ärzte. Genauso wie die Tatsache, dass sie teilweise über die Verordnungsmöglichkeit der einzelnen Leistungen noch von ihm aufgeklärt werden müssten.

Lungensport dagegen ist keine Therapie, sondern Rehabilitationssport mit dem Ziel, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Rehabilitationssport kann extrabudgetär verordnet werden und ist damit auch für die Argumentation gegenüber Patienten und Ärzten interessant.

Der rührige Jungunternehmer entwickelte darüber hinaus noch das Konzept des Physiotrainings als Nachsorge der gerätegestützten Krankengymnastik: eine Selbstzahlerleistung! Statt drei trainieren dort zwischen sechs und acht Patienten. Abgerechnet wird in sogenannten Gesundheitseinheiten, beginnend mit sechs Trainingseinheiten einmal pro Woche für je 13 Euro bis zu 98 Trainingseinheiten zwei Mal pro Woche für je acht Euro. Derzeit liegt der Anteil der Selbstzahler bei etwa fünf Prozent der Praxiseinnahmen. „Ich bin fest davon überzeugt, dass sich das noch ausbauen lässt", ist sich Sebastian Teschler sicher.

HINTERGRUND

Schätzungen gehen davon aus, dass hierzulande drei bis fünf Millionen Menschen an einer COPD erkrankt sind. Betroffen sind auch schon Menschen ab 40 Jahren. Weltweit gilt COPD als eine der Erkrankungen mit den höchsten Zuwachsraten. Neben Herz-/Kreislauf- und Tumorerkrankungen stellt sie die dritthäufigste Todesursache in Industrieländern dar. Im Schnitt, so die WHO, verkürzt COPD die Lebenserwartung um neun Jahre. Auch wenn sich COPD nicht komplett heilen lässt, kann die Verschlechterung des Krankheitsbildes durch Bewegungs- und Kräftigungsübungen verlangsamt und die Kosten für das Gesundheitssystem durch weniger Krankenhausaufenthalte reduziert werden.

Die Werbung

„Es gibt noch ein großes Potential", so der Physiotherapeut, „und wenig Konkurrenz." Bei seinen Vorträgen auf Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen werden auch COPD-Patienten außerhalb Essens auf seine Praxis aufmerksam. Wer aufgrund der räumlichen Distanz nicht regelmäßig in seiner Praxis trainieren kann, dem bietet er die Physio-Analyse an, ein speziell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmter Therapie- und Trainingsplan. So können sie an ihrem Wohnort selbständig trainieren. *(ks)*

> Kontakt

Physiotherapie am Lungenzentrum, Reha Vital GmbH, Am Handelshof 1, 45127 Essen, Telefon: 0201-49036950, E-Mail: info@rv-essen.de, www.physiotherapie-am-lungenzentrum.de

Physiotherapeut Dr. Sebastian Teschler

2001–2005
Studium für Physiotherapie an der FH-Fresenius, Idstein (Bac. NL)

2006–2007
Studium für Physiotherapie an der Philipps-Universität Marburg (MSc.)

2009
Promotion zum Dr. rer. medic. an der Univ. Duisburg-Essen

SERIE Heilmittel-Branche in Zahlen (Teil 2)

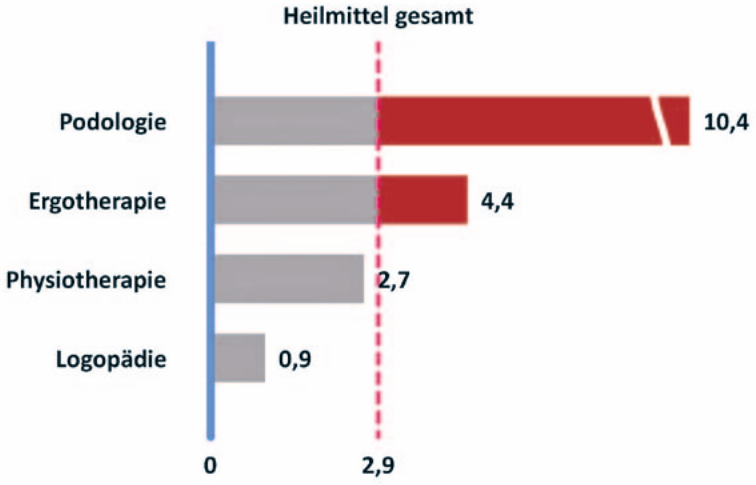
Viel Umsatz – aber auch viel Fehlversorgung

Neue Zahlen für das erste Halbjahr 2013 sind gerade im Heilmittel-Informations-System der GKV (GKV-HIS) veröffentlicht worden. Erfreulich ist, dass mit dem zweiten Quartal ein neuer Umsatz-Rekord aufgestellt worden ist. Allerdings kann man anhand der Daten deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachbereichen, den Regionen und dem Verordnungsverhalten der Facharztgruppen ausmachen.

Das ist eine klare Sache: Das zweite Quartal 2013 ist mit einem Umsatz von rund 1,28 Milliarden Euro das stärkste Quartal überhaupt. Damit konnte das relativ schlechte erste Quartal wieder eingeholt werden. Und so ist das erste Halbjahr 2013 mit fast 2,5 Milliarden Euro Umsatz das stärkste Halbjahr, das die Heilmittelbranche bisher hatte.

1. Halbjahr 2013: Logopädie bleibt hinter Gesamtentwicklung zurück

Veränderungen Heilmittelumsatz zum Vorjahr in Prozent*



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Das Umsatzwachstum im Vergleich zum Vorjahreszeitraum beträgt insgesamt 2,9 Prozent. Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Fachbereichen recht deutlich: Wachstumsspitzenreiter mit einem Zuwachs von 10,4 Prozent sind die Podologen. Gefolgt von den Ergotherapeuten mit einem Wachstum von 4,4 Prozent und den Physiotherapeuten mit 2,7 Prozent. Die Logopäden bilden das Schlusslicht mit einem vergleichsweise niedrigen Zuwachs von nur 0,9 Prozent.

Interessante regionale Unterschiede

In allen Fachbereichen gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Umsatzentwicklung. Legt man die Heilmittelumsätze je 1.000 Versicherte zugrunde, würde man denken, dass sich die regionalen Unterschiede erklären ließen. Dem ist interessanterweise nicht so. Hier ein paar aufschlussreiche Beispiele:

- **Podologen sind Wachstumsgewinner**
  Bremen ist mit Podologie im Vergleich zur restlichen Bundesrepublik deutlich unterversorgt. Trotzdem gehen die Podologieumsätze hier um 2,8 Prozent zurück. Gleichzeitig steigen im überdurchschnittlich gut versorgten Mecklenburg-Vorpommern die Ausgaben um rund 20 Prozent!

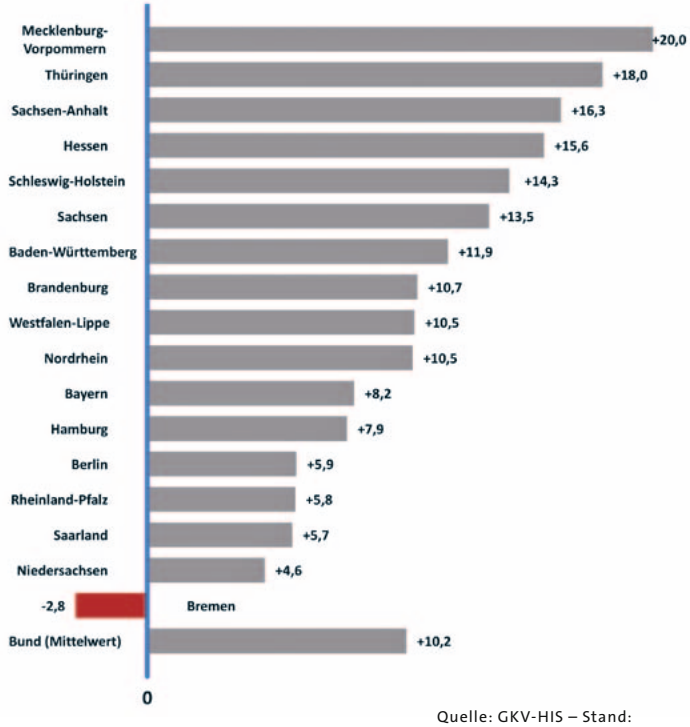
- **Ergotherapie wächst dynamisch**
  Ähnliche Muster finden sich auch bei den Ergotherapeuten. Das unterdurchschnittlich versorgte Bayern verliert im ersten Halbjahr 0,2 Prozent. Während das sehr deutlich überdurchschnittlich Versorge-Gebiet der KV Sachsen gleichzeitig 7,2 Prozent dazu gewinnt!

- **Logopädie muss Umsatzrückgänge verkraften**
  Die Logopäden hingegen verbuchen im ersten Halbjahr 2013 fast in der Hälfte aller KV-Gebiete Umsatzrückgänge. Vermutlich konnten die Logopäden am wenigsten von den Anfang des Jahres eingeführten Praxisbesonderheiten und den Diagnosen für den langfristigen Heilmittelbedarf profitieren.

- **Physiotherapie wächst besonders im Osten**
  Bei den Physiotherapie-Umsätzen verliert das genau im Durchschnitt liegende Bayern 2,8 Prozent. Während die überdurchschnittlich üppig versorgte Hansestadt Hamburg trotzdem noch um 3 Prozent zulegt. Generell lässt sich bei den Wachstumsraten in der Physiotherapie erkennen, dass hier mit Ausnahme von Berlin die östlichen Bundesländer aufholen und die größten prozentualen Zuwächse aufweisen. »

Podologen sind Wachstumsgewinner

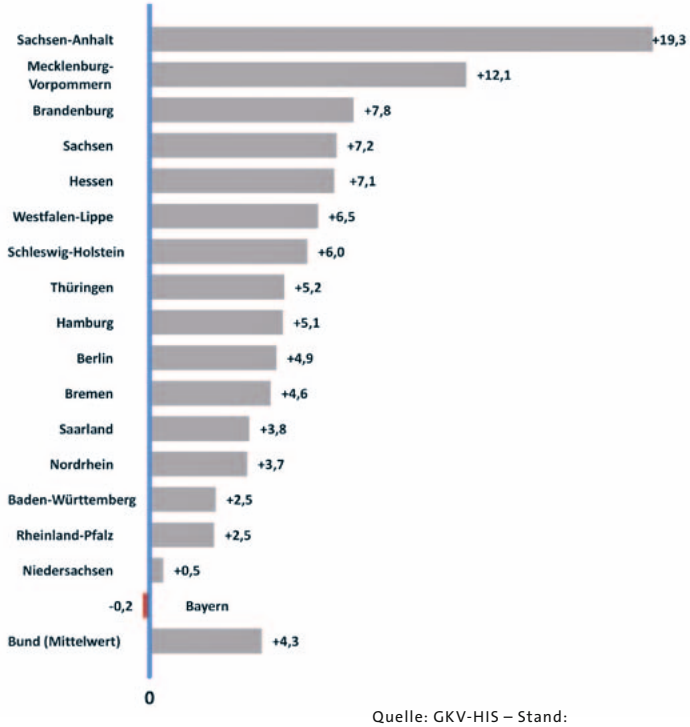
Veränderung der Heilmittelumsätze im 1. Halbjahr 2013 im Vorjahresvergleich in Prozent



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Ergotherapie wächst dynamisch

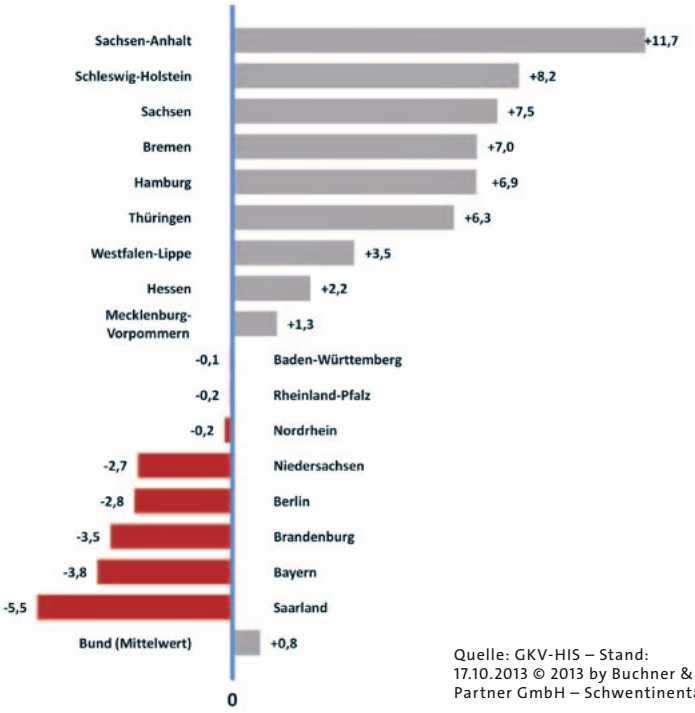
Veränderung der Heilmittelumsätze im 1. Halbjahr 2013 im Vorjahresvergleich in Prozent



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Logopädie muss Umsatzrückgänge verkraften

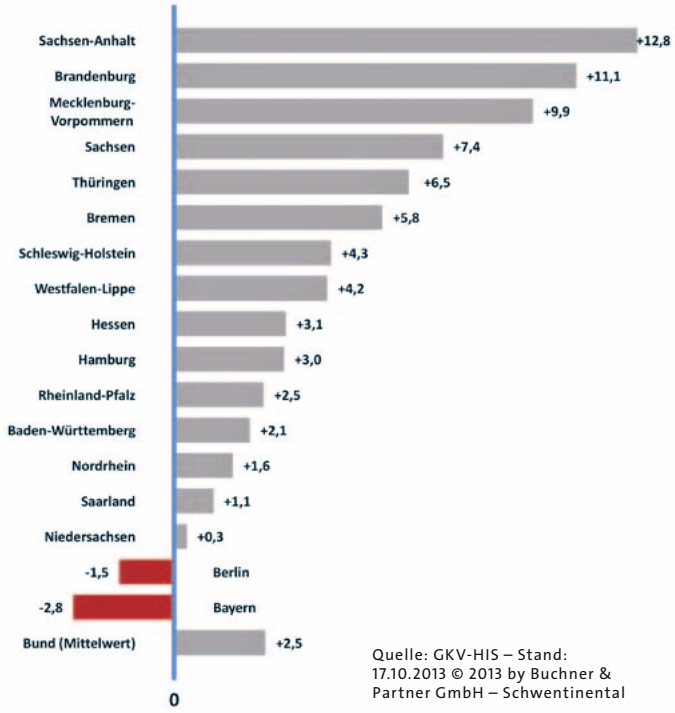
Veränderung der Heilmittelumsätze im 1. Halbjahr 2013 im Vorjahresvergleich in Prozent



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Physiotherapie wächst besonders im Osten

Veränderung der Heilmittelumsätze im 1. Halbjahr 2013 im Vorjahresvergleich in Prozent



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

Fortsetzung Seite 13 *„Heilmittel-Branche in Zahlen“*

Liste der Praxisbesonderheiten bedarf der Überarbeitung

Die Verordnungsstatistik der Facharztgruppen dokumentiert die Unausgewogenheit der Listen für Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf deutlich. So sind z. B. Kinderärzte mit den neuen, bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten eher schlecht bis gar nicht berücksichtigt worden. Im Ergebnis haben die Kinderärzte 0,3 Prozent weniger Logopädie, 2 Prozent weniger Ergotherapie und 2,5 Prozent weniger Physiotherapie verordnet, das entspricht einem Rückgang über alle Fachgruppen von immerhin 1,3 Prozent.

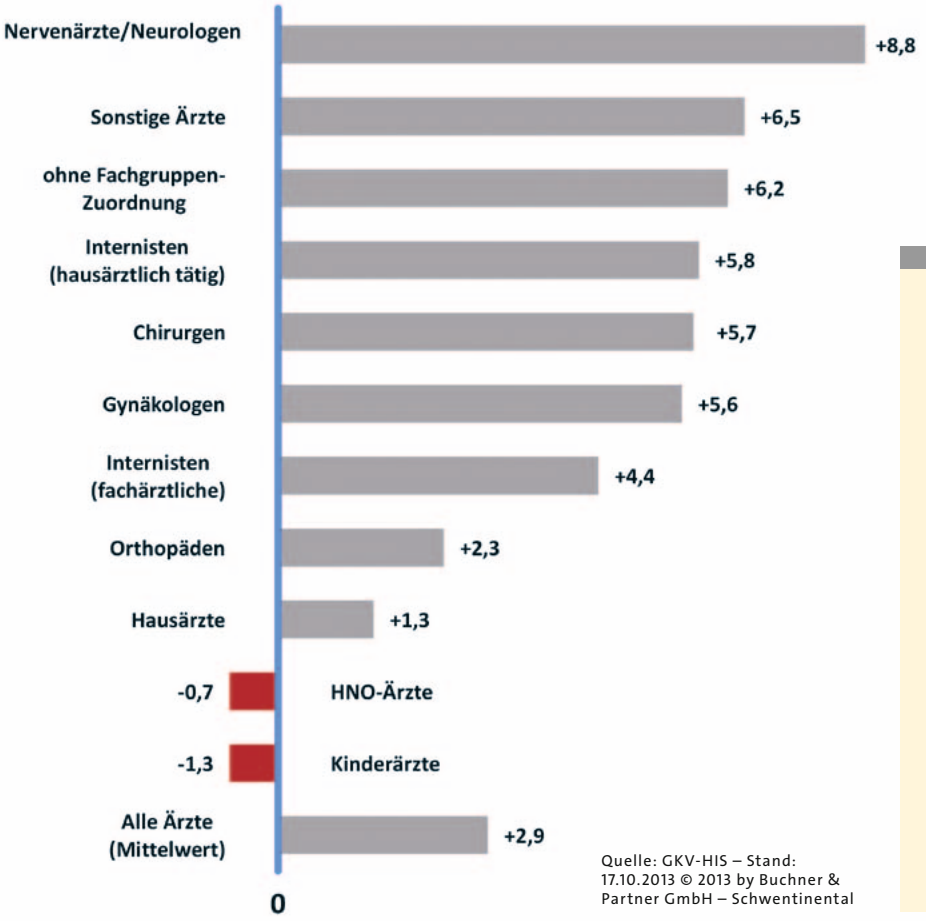
Im selben Zeitraum haben z. B. die Nervenärzte (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie) 6,9 Prozent mehr Physiotherapie, 12,4 Prozent mehr Ergotherapie und 8,8 Prozent mehr Logopädie verordnet. Die Annahme, hier hätte es Verlagerungseffekte von den Kinderärzten hin zu den Nervenärzten gegeben, kann man guten Gewissens zurückweisen. Tatsache ist, dass gerade die Liste der Praxisbesonderheiten endlich einer Überarbeitung im Hinblick auf eine angemessene Versorgung der Therapiekinder bedarf!

Weniger Verordnungen trotz Umsatzhoch

So erfreulich die Umsatzentwicklung des Gesamtmarktes im ersten Moment ist, so unerfreulich ist die Tatsache, dass viele Zuwächse lediglich darauf basieren, dass Honorare angepasst worden sind. Nimmt man die Anzahl der von den Ärzten ausgestellten Verordnungsblätter je 1.000 Versicherte aus, dann sind im Bundesschnitt im ersten Halbjahr 2013 immerhin 1,39 Prozent weniger Verordnungen ausgestellt worden als im Vorjahreszeitraum. Offensichtlich hängt die Verordnungsbereitschaft mancher Ärzte immer noch stärker von der Regressangst als von medizinischen Leitlinien ab. *(bu)*

Verordnung verhalten der Facharztgruppen uneinheitlich

Veränderung der Verordnungen je Facharztgruppe im 1. Halbjahr 2013 in Prozent im Vorjahresvergleich



Quelle: GKV-HIS – Stand: 17.10.2013 © 2013 by Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

WICHTIG

Der konkrete Mehrwert für Praxisinhaber

Die regionalen Unterschiede in den einzelnen Fachbereichen sind so groß, dass es sich bei rückläufigen Verordnungen lohnen kann, die Daten des eigenen Bundeslands genau zu untersuchen. Ärzte sind durchaus empfänglich für Statistiken und Auswertungen aus denen hervorgeht, dass in der eigenen Region unterdurchschnittlich verordnet wird. Diese Zahlen liefert die Internetseite *www.gkv-his.de* oder **up|plus**-Kunden können benötigte Daten bei der Hotline abfragen.

Wenn Zahnärzte Heilmittel verordnen

Krankenkasse muss vollständig bezahlen!

Wenn Zahnärzte Heilmittel verordnen, dann gelten die Regeln der Heilmittel-Richtlinie immer noch nicht. Deswegen versuchen einige Krankenkassen, diese Regelungslücke mit eigenen Interpretationen zu stopfen. Auf Kosten der betreffenden Heilmittelerbringer! Entsprechende Rechnungskürzungen braucht Sie sich als Therapeut jedoch nicht gefallen zu lassen.

Die zahnärztliche Verordnung auf Muster 16, dem rosa Rezept, war eindeutig: Drei Heilmittel sollte der Patient erhalten. Und drei Heilmittel wurden von Peter Westermann, Physiotherapeut mit Praxissitz in Mitteldeutschland, vertragsgemäß erbracht. Umso so ärgerlicher, dass bei der Abrechnung nicht alle drei Heilmittel bezahlt wurden. Tatsächlich kürzte die BKK den Rechnungsbetrag auf die Höhe der Leistung D1, was einer Kürzung des Gesamtbetrags um rund 25 % entspricht.

Begründung für diese Kürzung: Im Rahmenvertrag sei „...unter anderem geregelt, dass die Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben...“. Und daraus folgt nach Ansicht der BKK, dass bei gleichzeitiger Verordnung von drei oder mehr Heilmitteln automatisch der abrechenbare Höchstbetrag der Gebührenposition X 2001 (also D1) für die Abrechnung zu Grunde gelegt werden muss.

Peter Westermann versuchte, erst eine telefonische, dann eine schriftliche Klärung durch einen Widerspruch herbeizuführen. Ohne Erfolg. Ganz im Gegenteil sogar: Statt den strittigen Punkt partnerschaftlich im Sinne des Vertrags zu regeln, musste sich Westermann belehren lassen: „Ihnen ist somit bereits seit längerem bekannt, dass bezüglich der Abrechnung der Heilmittelverordnungen von Zahnärzten der Betrag für die Gebührenposition D1 anzuwenden ist, wenn mehrere vorrangige Heilmittel verordnet worden sind.“ Abgesehen von dem pauschalen Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit blieb die BKK weitere Erläuterungen schuldig.

Die Fakten sprechen gegen die Argumentation der BKK

Die Faktenlage spricht deutlich gegen die Argumentation der BKK: Die Möglichkeit für Ärzte, die Standardisierte Heilmittelkombination (D1) verordnen zu können, ergibt sich aus § 25 Heilmittel-Richtlinie. Allerdings gilt diese gemäß § 1 Abs. 3 „nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte“. Im Klartext heißt das: Zahnärzte haben zurzeit keine Rechtsgrundlage, D1 Verordnungen ausstellen zu können.

Insofern hat sich der in diesem Fall verordnende Zahnarzt vorbildlich an die für ihn geltenden Regelungen gehalten: Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss eine Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dies bezieht sich auf die Verordnung und Durchführung der einzelnen Maßnahmen. Solange die Vorgaben für jede einzelne Leistung erfüllt sind, ist von einer korrekten und wirtschaftlichen Verordnung und Leistungserbringung auszugehen.

Therapeut wehrt sich erfolgreich

Gemäß Rahmenvertrag zwischen Therapeut Peter Westermann und der BKK ist maßgeblich für die Abrechnung einer Heilmittelbehandlung mit den gesetzlichen Krankenkassen die Verordnung des Arztes. An diese Verordnung ist der Heilmittelerbringer gemäß Rahmenvertrag und aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebunden. Eine Pflicht des Therapeuten zur Umwandlung von verordneten Einzelleistungen in eine standardisierte Heilmittelkombination ist weder in der Heilmittel-Richtlinie zu finden noch gesetzlich überhaupt möglich!

Die BKK ist sich in diesem Fall noch nicht einmal zu schade, ihre eigene Argumentation bezüglich der Gültigkeit der Heilmittel-Richtlinie ad absurdum zu führen. Aus 2 Rezepten mit jeweils 6 Behandlungsblöcken macht die BKK 12 x D1. Obwohl gemäß Heilmittelrichtlinien nur maximal 10 Einheiten D1 je Behandlungsfall möglich sind! Hier hat man sich die Abrechnung wohl ein wenig zu einfach gemacht.

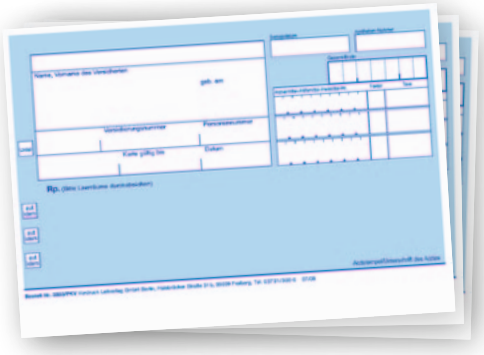
Doch erst nach Post vom Anwalt erkannte das auch die Abrechnungsabteilung der BKK: Sie überwies nicht nur die einbehaltene Kürzung, sondern auch die Verzugszinsen und das Honorar des Rechtsanwalts! Für Peter Westermann ein weiteres Beispiel dafür, dass es sich lohnt, sich gegen die Abrechnungswillkür mancher Krankenkassen zur Wehr zu setzen. *(bu)*

> Service

Wenn Sie Fragen zu dem Thema haben oder Unterstützung brauchen, wenden Sie sich an unsere **up | plus**-Hotline unter der Nummer 0800-9477360.

Abrechnungstipp

Privatrezept



Probleme bei der Abrechnung haben Heilmittelmittelerbringer nicht nur bei der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen. Auch Patienten von privaten Krankenversicherungen bieten mögliches Konfliktpotenzial. Insbesondere wenn auch noch die neuen Regelungen über den Basistarif der PKV berücksichtigt werden müssen. Wer die Regelungen kennt und sich gut vorbereitet, kann zeit- und nervenraubende Diskussionen vermeiden.

§ GRUNDREGELN

- Der Privatpatient hat mit seiner Krankenversicherung einen Vertrag abgeschlossen. Abhängig vom gewählten Tarif sieht dieser eine Kostenerstattung für verordnete Heilmittel zum Teil oder in voller Höhe vor.
- Im Gegensatz zur GKV mit dem *Sachleistungsprinzip* gilt bei der PKV das *Kostenerstattungsprinzip*. Die PKV erstattet die entstehenden Kosten in vereinbarter Höhe. Damit besteht zwischen Heilmittelpraxis und Privatpatient ein Vertrag. Nicht jedoch zwischen Heilmittelpraxis und PKV! Deswegen sind vertragliche Regelungen der PKV bzw. der Beihilfestellen mit ihren Versicherten bzw. Beihilfeberechtigten für die Heilmittelpraxis nicht anzuwenden.
- Voraussetzungen zur (Teil-)Kostenerstattung der erbrachten Leistungen durch die PKV sind:
  - Eine ärztliche Verordnung, aus der die Indikation zur Heilmitteltherapie ersichtlich wird und
  - die Leistungserbringung durch einen Therapeuten, der gemäß Gesetz eine entsprechende Berufsbezeichnung führen darf.
- Auf dem Privatrezept müssen folgende Angaben stehen
  - Patientendaten
  - Diagnose (bzw. Indikation zur Heilmitteltherapie)
  - Anzahl und Art des verordneten Heilmittels.
- Erstattungsfähige Heilmittel können durch Ärzte, Zahnärzte und – abhängig vom gewählten Tarif – auch von Heilpraktikern verordnet werden. (§ 4 Absatz 3 Musterbedingungen für Krankheitskosten- und Krankheitstagegeldversicherung vom Verband der PKV, Stand 2009)
- Keine Behandlung ohne schriftlichen Behandlungsvertrag! Im Behandlungsvertrag zwischen Praxis und Patient muss mindestens die Höhe des Honorars je Behandlungseinheit vereinbart werden.
- Zusätzlich empfiehlt es sich, im Vertrag darauf hinzuweisen, dass die Kostenerstattung durch die PKV vermutlich nicht in voller Höhe erfolgen wird und der Privatpatient einen Teil seiner Kosten selbst übernehmen muss.
- Welche Behandlungsmethoden die Versicherung erstattet und in welchem Umfang, ist abhängig vom individuellen Versicherungsvertrag des Patienten.
- Voraussetzung für die Kostenerstattung durch die PKV ist ein Privatrezept, die Leistungserbringung und eine Rechnung der Heilmittelpraxis. Aus ihr muss hervorgehen, dass die verordnete Therapie erbracht worden ist.

BASISTARIF

- Seit zwei 2009 gibt es neben den Normalversicherungsverträgen der PKVen einen weiteren, gesetzlich vorgeschriebenen Tarif, den Basistarif (PKV: *www.pkv.de/positionen/basistarif*)
- Dieser Tarif für privat Versicherte entspricht nach Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Wesentlichen dem der gesetzlichen Krankenversicherungen. Ein höherwertiger Versicherungsschutz besteht hier nicht.
- Während andere Privatpatienten auch Leistungen erstattet bekommen, die nicht im Heilmittel-Katalog aufgeführt sind, ist das im Basistarif nicht vorgesehen.
- Kosten, die über denen der Vergütungssätze der Krankenkassen liegen, werden unter Umständen nur teilweise erstattet.
- Für den Basistarif hat sich der Verband der privaten Krankenversicherungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf eine Vergütung der physikalisch-medizinischen Leistungen nach dem 1,0-fachen GOÄ-Satz geeinigt. Diese Vereinbarung gilt zwar nur für ärztlich abgerechnete Leistungen, zeigt aber Hinweise zur Preisgestaltung in der Heilmittelpraxis auf. (PKV (2010): *www.pkv.de/positionen/basistarif/verguetung*)

TIPP

- Klären Sie vor Beginn der Behandlung, ob der Versicherte nach dem Basistarif versichert ist.
- Entwickeln Sie ein Preis-/Leistungsmodell für die Versicherten, die nach dem Basistarif versichert sind (z. B. Preis und Leistung entsprechend den GKV-Versicherten)

WEITERE BESONDERHEITEN

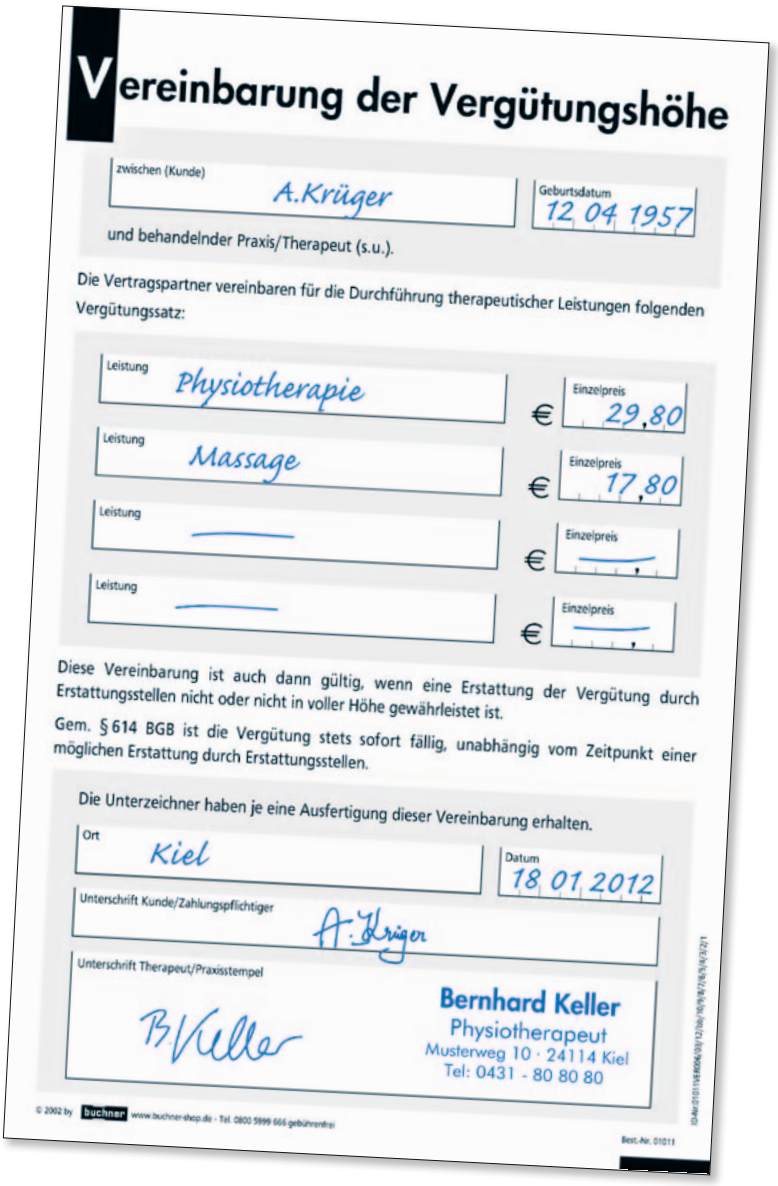
- Bei Privatrezepten gelten die Regelungen der GKV, Rahmenverträge und Heilmittel-Richtlinie nicht. Demzufolge gibt es hier keine Gültigkeitsprüfungen etc.
- Allerdings gibt es Krankenkassen, die eine Kostenerstattung davon abhängig machen, dass gewisse medizinische Rahmenbedingungen eingehalten werden. Dazu gehört z. B. die Gewährleistung einer

gewissen Therapiekontinuität, d. h. eine Therapieeinheit alle sechs Wochen könnte ohne weitere medizinische Begründung zu einem Streit zwischen PKV und Patient über die Kostenerstattung führen.

- Es hat sich bewährt, Privatpatienten um eine Leistungsquittung nach jeder Behandlung zu bitten. Damit kann im Streit nachgewiesen werden, wann welche Leistungen erbracht wurden. Außerdem müssen die jeweiligen Therapeuten nicht je Kostenträger umdenken, sondern der Ablauf je Behandlungssitzung ist hinsichtlich der Leistungsquittung immer gleich.
- Nicht alle PKVen akzeptieren Heilmittelverordnungen durch einen Heilpraktiker. Das kann in den jeweiligen Tarifbedingungen des Versicherten nachgelesen werden.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Wenn Ihre Preisstrategie bei Privatpatienten darauf aufbaut, dass die Privatversicherten immer alles erstattet bekommen sollen, dann machen Sie dafür auch Werbung! Es nützt wenig, die Preise an die Erstattungspraxis der PKV anzupassen, das aber niemandem als Vorteil aufzuzeigen.
- Vermeiden Sie unnötige Diskussionen: Weisen Sie Patienten bereits im Vorfeld der Behandlung daraufhin, dass er auch zur Zahlung verpflichtet ist, sollte er die Kosten für die Behandlung nicht oder nur teilweise durch seine Versicherung erstattet bekommen. *(jw)*



Vereinbarung der Vergütungshöhe

zwischen (Kunde): A.Krüger — Geburtsdatum: 12.04.1957

und behandelnder Praxis/Therapeut (s.u.).

Die Vertragspartner vereinbaren für die Durchführung therapeutischer Leistungen folgenden Vergütungssatz:

Leistung	Einzelpreis
Physiotherapie	€ 29,80
Massage	€ 17,80
	€
	€

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist.

Gem. § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen.

Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten.

Ort: Kiel — Datum: 18.01.2012

Unterschrift Kunde/Zahlungspflichtiger: A. Krüger

Unterschrift Therapeut/Praxisstempel: B. Keller

Bernhard Keller
Physiotherapeut
Musterweg 10 · 24114 Kiel
Tel: 0431 - 80 80 80

© 2002 by buchner www.buchner-shop.de · Tel. 0800 5999 666 gebührenfrei

Best.-Nr. 01011

TIPP

- Ein entsprechender **Vermerk** auf dem Behandlungsvertrag (Patient wurde über Zahlungsverpflichtung informiert) unterstützt diese Stress-Präventionsmaßnahme.
- Gute **Aufklärung** hilft: Ist dem Patienten der Leistungsumfang und der Nutzen Ihrer Heilmitteltherapie klar, wird er eher bereit sein, einen Teil der Kosten selbst zu übernehmen.
- Vereinbaren Sie als **Zahlungsziel** die Bezahlung der vollständigen Honorarrechnung bei der letzten Behandlung. Dann müssen Sie nicht noch wochenlang auf Ihr Geld warten.
- Wenn Sie besondere **Serviceleistungen** für Privatpatienten bieten, sollten Sie auf solche Leistungen auch ausdrücklich hinweisen (z. B. längere Behandlungszeiten, spezielle Räume / Geräte, Sonderqualifikationen).
- Erleichtern Sie sich die Arbeit, indem Sie entsprechende **Behandlungsvertragsmuster** bzw. Honorarvereinbarungen bereits griffbereit an der Rezeption liegen haben.
- Nutzen Sie die **Gebührenübersicht** für Therapeuten als allgemeine Geschäftsbedingungen für Ihre Praxis und legen Sie damit den verbindlichen Rahmen für die Patienten fest. Erfahrungsgemäß erleichtern Paragrafen es den Patienten, das Honorar zu akzeptieren.
- Bereiten Sie eine **Mappe** für die Privatpatienten vor, die Erstattungsstress mit ihrer PKV haben. In dieser Mappe können Urteile, Musterschreiben an die PKV und andere Unterlagen enthalten sein, die es den Patienten leichter machen, sich gegen die PKV zu wehren. Material für eine solche Mappe finden Sie z. B. auf *www.privatpreise.de*.

Beide Artikel (Privatrezept und Vereinbarung) können **up | plus**-Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen oder im buchner-Shop downloaden.

Praxisgemeinschaften bieten therapeutische und persönliche Vorteile

Therapeut und Orthopäde sind gleichberechtigte Partner in neuem Hamburger Therapiezentrum

Gemeinsam in einer Praxis zu behandeln, bietet Heilmittelerbringern und Ärzten viele therapeutische und persönliche Vorteile. Trotzdem sind solche Kooperationen immer noch die Ausnahme. Osteopath Johannes Fetzer und Orthopäde Dr. Jan Schilling haben jetzt den entscheidenden Schritt gewagt.

Praxen mit Ausblick in Bestlage: Für den Hamburger Physiotherapeuten und Osteopathen Johannes Fetzer (41) ist das beruflicher Alltag. Neben seiner Praxis Bellevue an der Alster ist er seit Sommer 2013 auch Partner im Therapiezentrum HafenCity an der Elbe. Zusammen mit dem Orthopäden Dr. Jan Schilling (42) hat er dort eine gemeinsame Praxis eröffnet, in der beide Partner auf Augenhöhe zusammen praktizieren.

„Jan kann mich z. B. schon beim ersten Patientenkontakt dazu holen. Wir stimmen uns dann gemeinsam ab. So kommen wir oft schneller zum Ziel. Außerdem können wir voneinander lernen und ergänzen uns so immer besser. Was nicht nur uns zu Gute kommt, sondern vor allem auch unseren Patienten." erklärt Osteopath Johannes Fetzer. Dieses Qualitäts-Plus kommt bei den Therapiesuchenden an. Darunter sind Hamburger Sportgrößen wie die Spieler des Eishockey-Erstligateams Hamburg Freezers und der Hockey-Nationalmannschaft.

> „Für mich gibt es keine Probleme, sondern Lösungswege!"
>
> *Johannes Fetzer*

Sechs Behandlungszimmer und 400 Quadratmeter Grundfläche bieten Freiraum für Therapien

Formal findet die Gleichberechtigung ihren Ausdruck in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft. Die medizinische Kooperationsgemeinschaft beschäftigt im Moment sechs Therapeuten und eine Bürokraft fest. Eine Anästhesistin und weitere Therapeuten sind auf freiberuflicher Basis tätig. Das Zentrum verfügt über mehr als 400 Quadratmeter und sechs Therapieräume. Zum Vergleich: An der Alster stehen Physiotherapeut Fetzer und seinen Kollegen nur 130 Quadratmeter und drei Therapieräume zur Verfügung.

Praktisch äußert sich die gleichberechtigte Zusammenarbeit durch die Abstimmung in organisatorischen und medizinischen Fragen, die in regelmäßigen Besprechungen geklärt werden. Die Entscheidungen treffen die Partner gemeinsam. Auch wenn Orthopäde Jan Schilling streng genommen medizinisch weisungsbefugt ist. „Besonders bei komplexen Verletzungen kommen wir so gemeinsam einfach schneller weiter.", bestätigt der Arzt. „Schließlich geht es nicht um Weisungsbefugnisse, sondern um die beste Lösung für die Patienten." ergänzt Therapeut Fetzer.

80 Quadratmeter große Trainingsfläche für Therapieerfolge wichtig

Beide Partner waren schon vor Gründung des gemeinsamen Therapiezentrums in eigener Praxis tätig. Beide bringen Patienten in die neue Einrichtung mit ein. Orthopäde Schilling ist neben der Praxis noch als Wirbelsäulenchirurg am Hamburger Marienkrankenhaus tätig. Osteopath Fetzer gründete vor sieben Jahren seine Praxis Bellevue. Dort wird er von sechs angestellten Kollegen unterstützt, so dass er inzwischen dreieinhalb Tage pro Woche in der Hafencity sein kann.

Auf einen der beiden Standorte zu verzichten, kann sich der Therapeut schwer vorstellen: „Es fühlt sich so an,

als wenn ich beides auf Dauer fortführen werde.“. Neben der engen Abstimmung genießt er am neuen Standort besonders die 80 Quadratmeter große Trainingsfläche, die ihm viel Bewegung mit den Patienten ermöglicht. „So können Betroffene ausprobieren, was gut für sie ist. Ich bin der Meinung, dass Bewegung für den Erfolg der Therapie entscheidend ist.“

Verhandlungen mit den Krankenkassen über einen Vertrag für integrierte Versorgung laufen

Profitieren können von der engen Abstimmung bislang Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler. Auch einige Berufsgenossenschaften übernehmen die Kosten. Mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen steht die Praxisgemeinschaft in Gesprächen über einen Vertrag für eine integrierte Versorgung. GKV-Regelleistungen bieten die Partner bewusst nicht an: „Das ermöglicht uns nicht die Therapie, die wir unseren Patienten anbieten möchten“, stellt Fetzer klar. Als Beispiel nennt er den Zeitdruck, unter dem im System der gesetzlichen Krankenversicherung viele ärztliche Behandlungen stattfinden.

Die Patientenstruktur und damit die Abrechnungsmöglichkeiten weisen in den verschiedenen Behandlungsbereichen auffallende Unterschiede auf. In der Orthopädie hat das Therapiezentrum rund ein Viertel Selbstzahler und drei Viertel Privatversicherte. Die Physiotherapie weist rund zwei Drittel privat Versicherte sowie ein Drittel Berufsgenossenschaftsfälle auf. Bei der Osteopathie sind etwa die Hälfte privat versichert, die anderen 50 Prozent sind Selbstzahler. Rund ein Viertel der Patienten kommt nach einer Internetrecherche, drei Viertel über Empfehlungen in die Praxis.

Wir haben uns von einem erfahrenen Medizinrechtsanwalt beraten lassen

Ansprechen will das Behandlerteam Patienten aus ganz Norddeutschland. Ziel ist es außerdem, sich als Zentrum für die Behandlung von Spitzensportlern zu etablieren. Befürchtungen, dass das neue Angebot im hart umkämpften orthopädischen Markt der Metropole Hamburg nicht angenommen werden könnte, haben die Praxispartner nicht. „Qualität setzt sich durch. Durch unsere Zusammenarbeit bieten wir exzellente Qualität.“, sagt Arzt Schilling.

Noch sind im Therapiezentrum Kapazitäten frei, die sechs Therapieräume sind nicht ständig ausgebucht. Mit dem Start ist Therapeut Fetzer aber zufrieden. Doch was ist, wenn es nicht so läuft und die Partner sich eines Tages nicht mehr so gut verstehen? Fetzer kann sich das schwer vorstellen: „Das haben wir vorher diskutiert und uns von einem renommierten Medizinrechtsanwalt beraten lassen.“ Beide Partner könnten problemlos wieder aussteigen und damit die Gesellschaft auflösen.

„Für den Therapieerfolg ist das gemeinsame Handeln im Team mit der daraus resultierenden ganzheitlichen Wirkung entscheidend.“

Jan Schilling

Derzeit arbeiten beide in einen gemeinsamen Topf, aus dem die Kosten für das Therapiezentrum bezahlt werden. Der Überschuss wird nach Arbeitsleistung aufgeteilt, damit nicht ein viel arbeitender Partner einen weniger fleißigen subventionieren muss. Danach sieht es ohnehin nicht aus. Beide Behandler kommen mit viel Motivation ins Therapiezentrum. Osteopath Fetzer ist sich aber auch bewusst: „Damit das so bleibt, muss man wie in einer guten Ehe ständig an der Partnerschaft arbeiten.“ *(ks)*

> Kontakt

Therapiezentrum HafenCity, Am Sandtorkai 70, 20457 Hamburg, Tel.: 040-3038 278-0, E-Mail: kontakt@tz-hafencity.de, www.tz-hafencity.de

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im Dezember und Januar

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen auf den Punkt gebracht mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Themen und Lösungen vor, die Abläufe in der Praxis optimieren oder für mehr Umsatz sorgen, um mit langfristigen Gewinnen die Zukunft zu sichern.

Anmeldung unter: Tel.: 04307-8119800, E-Mail: info@buchner-consulting.de.
Weitere Informationen unter: *www.buchner-seminare.de* oder *www.buchner-shop.de.*

PRÄSENZ-SEMINARE

Titel	Art.-Nr.	Datum	Ort	Preis netto
2013				
Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	sem_eag	03.12.2013	Leipzig	199,50 €
2014				
Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen	sem_eb	16.01.2014	Hamburg	199,50 €
Mitarbeiterführung	sem_mm	24./25.01.14	Berlin	329,50 €
Von der Pflicht zur Kür – Buchhaltung mal anders	sem_b	30.01.2014	Köln	199,50 €
Sicherung der beruflichen Existenz – betriebswirtschaftliche Grundlagen für Therapeuten	sem_bwl	31.01./01.02.14	Köln	329,50 €

ONLINE-SEMINARE

Titel	Artikelnummer	Datum	Uhrzeit	Preis netto
2013				
Ausfallgebühren erfolgreich einfordern	sem_ohg	12.12.2013	19:00	25,13 €
2014				
Mit dem richtigen Therapiebericht langfristigen Heilmittelbedarf begründen	sem_oteb	08.01.2014	19:00	25,13 €
Der Verordnungs-Check	sem_ovoc	21.01.2014	19:00	25,13 €
Extrabudgetär verordnen lassen	sem_oeb	29.01.2014	19:00	25,13 €

Neue NLP-Universitätskurse 2014 in Berlin

Für erfolgreichere Patientengespräche

Kontakt:
Dr. Anke Handrock
Zahnärztin,
Trainerin,
Praxiscoach
Telefon: 030-36 43 05 90
E-Mail: anke@handrock.de
Web: www.handrock.de

Praxisinhaber müssen Patienten über ihre Erkrankung aufklären und notwendige Therapien erläutern. Doch nur wenige sind in erfolgreicher Kommunikation geschult. Jetzt bietet die Steinbeis-Hochschule Berlin genau dafür eine professionelle Schulung an.

Der Kurs richtet sich an Therapeuten, die ihre Patientenkommunikation optimieren wollen, um ihre Praxen effizienter zu leiten. In Kleingruppen werden typische Kommunikationsprobleme und deren Lösungswege systematisch trainiert. Dabei wird gezielt auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer eingegangen.

Der Kurs unter Leitung der Kommunikationsexpertin Dr. Anke Handrock findet an sieben Wochenenden statt. Kursbeginn ist der 24. Januar 2014. Weitere Referenten sind Professor Ulrich Schwantes und Dr. Margarete Kampmann-Schwantes. Der Kurs endet mit dem Erlangen des Practitioner-Zertifikats des Deutschen Verbandes für Neuro-Linguistisches Programmieren (DVNLP). Zudem ist er mit insgesamt 30 Creditpoints (ECTS Punkte) bewertet. Die Kursgebühr beträgt 4.000 Euro. Eine Befreiung von der Mehrwertsteuer liegt vor.

> Service

Die Anmeldung erfolgt per E-Mail unter Angabe von Name, Vorname, Rechnungsadresse und Telefonnummer an anke@handrock.de. Kursdetails finden Sie unter *www.handrock.de/content/uebersicht-meiner-aktuellen-trainingsangebote.*

Gewinnminderung – aber wie?

Steuerersparnisse durch geschickte Einnahmen- und Ausgabensteuerung

Zum Jahresende sollten sich PraxisinhaberInnen – sofern nicht bereits geschehen – einen ungefähren Überblick verschaffen, wie der Jahresgewinn voraussichtlich ausfallen wird. Denn dann bleibt noch Zeit für gegensteuernde Maßnahmen zwecks Steuerersparnis.

Zeichnet sich ein vergleichsweise hoher Jahresgewinn ab, ist das einerseits ein Grund zur Freude: Der Praxisbetrieb läuft offensichtlich erfolgreich. Andererseits wachsen mit steigenden Gewinnen auch die Steuerbelastungen, was die Freude mitunter kräftig trüben kann. Um dem vorzubeugen, sollten Einnahmen-Überschussrechner jetzt die Möglichkeiten zur Steuerreduzierung sorgfältig prüfen. Das verlangt teilweise komplizierte Überlegungen und die Hilfe des Steuerberaters. Aber im Kern ist ein einfaches Prinzip anzuwenden.

► **Hinweis:** Im folgenden Text wird die Anwendung der Einnahmen-Überschussrechnung gemäß § 4 Absatz 3 EStG vorausgesetzt. Für bilanzierende Praxisinhaber gelten die Überlegungen nur eingeschränkt.

GRUNDSATZ

Der Gewinn wird umso niedriger ausfallen, je mehr Betriebsausgaben Sie noch in 2013 ansetzen und je weniger Einnahmen jetzt noch im Dezember anfallen. Prüfen Sie also, ob sich Ausgaben in das Jahr 2013 vorziehen lassen. Und genauso, ob Einnahmen in das Jahr 2014 verschiebbar sind.

Leistungen erst in 2014 abrechnen

Hinsichtlich der Einnahmensteuerung sollten Sie Kunden natürlich nicht abwehren und Behandlungen erst in 2014 anbieten. Aber Sie haben es in der Hand, noch in 2013 erfolgende Leistungen erst im kommenden Jahr abzurechnen. Das wird auf der Patientenseite eher selten zu Protesten führen.

Anschaffungen vorziehen

Neben der Einnahmensteuerung sollte die Ausgabenbeeinflussung aber im Vordergrund stehen. Hier bietet sich die Überlegung an, ohnehin geplante Anschaffungen (z. B. eine neue Praxisausstattung, Materialeinkauf) noch vor den 31. Dezember 2013 zu legen. So genannte geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) können dann in 2013 noch voll gewinnmindernd angesetzt werden. »

TIPP

Sie sollten dabei auf die Einhaltung der Grenze von 410 Euro netto achten. Für die auch mögliche Pool-Abschreibung gilt die Grenze von 1.000 Euro. Sinnvoller könnte es sein, z. B. die neue Praxisausstattung lieber kleinteilig einzukaufen anstatt in einem undifferenzierten Posten. Denn im letzteren Fall könnten Sie nur noch anteilig für das Jahr 2013 Abschreibungen ansetzen. Wichtig ist, dass die einzeln abrechenbaren Wirtschaftsgüter auch selbständig nutzbar sind. Zudem müssen die als GWG sofort abzugsfähigen Wirtschaftsgüter beweglich und abnutzbar sein.

Fortsetzung Seite 21 *„Steuerersparnisse durch geschickte Einnahmen- und Ausgabensteuerung“*

Dipl.-Kfm. Dr. Hans-Jürgen Hillmer ist Inhaber des BuS-Netzwerks für Betriebswirtschaftliche und Steuerliche Fachinformationen (www.bus-hillmer.de).

Beispiel:

- Eine Therapieliege ist selbstständig nutzbar und daher ein geringwertiges Wirtschaftsgut, sofern die 410-Euro-Grenze nicht überschritten wird. Steuertechnisch aber nur, wenn das GWG teurer als 150 Euro war. Das ist aber für den Betriebsausgabenabzug an sich ohne Auswirkung.
- Ein Ersatzteil für ein Bürogerät ist hingegen nicht selbstständig nutzbar und fällt damit auch nicht unter die GWG.
- Es zählt der Netto-Anschaffungspreis. Das gilt auch für Kleinunternehmer (nähere Infos in *up* 10/2013), die keinen Vorsteuerabzug vornehmen. Bei der Berechnung der Netto-Anschaffungskosten sind nicht nur die Mehrwertsteuerbeträge in Abzug zu bringen (19 % bzw. 7 %), sondern auch Posten wie Rabatte, Zuschüsse etc.

Sofern Sie die Grenze von 410 Euro überschreiten, besteht noch die Möglichkeit der Sammel- oder Poolabschreibung für Anschaffungswerte bis 1.000 Euro. War der oben genannte Behandlungsstuhl noch teurer, ist die Nutzungsdauer gemäß AfA-Tabelle der Finanzverwaltung anzuwenden.

Beispiel:

Ein Praxisinhaber schafft für das Sekretariat /den Empfang eine neue Büroausstattung an, die aus Schreibtisch, Stuhl, Regal und PC-Anlage besteht.

- Das Regal kostet 120 Euro und ist damit – weil unterhalb von 150 Euro liegend – eine sofort abzugsfähige Betriebsausgabe.
- Der Bürostuhl zum Preis von 240 Euro fällt unter die GWG – definiert ab einem Mindestwert von 150 Euro. Auch dafür gilt die Sofortabschreibung.
- Für den Schreibtisch ist ein Preis von 430 Euro ausgehandelt worden. Sofern es sich dabei um einen Bruttopreis handelt, sind 19% Mehrwertsteuer in Abzug zu bringen und der Schreibtisch wäre insgesamt sofort absetzbar. Ist der Betrag von 430 Euro jedoch als Nettopreis zu verstehen, muss der Praxisinhaber für den Schreibtisch eine Abschreibung ansetzen: entweder über die Nutzungsdauer oder in einer Sammelabschreibung. In letzterem Fall müsste dann aber auch der Stuhl mit einbezogen werden, da beide Abschreibungsverfahren nebeneinander nicht zulässig sind.
- Die PC-Anlage mit angenommenen Kosten von 1.100 Euro netto fällt nicht mehr unter die GWG und auch nicht unter die Poolabschreibung. Diese Abschreibung ist deshalb nach der Nutzungsdauer gemäß den einschlägigen AfA-Tabellen anzusetzen.

Investitionsabzugsbetrag bilden

Handelt es sich um Wirtschaftsgüter, die Sie noch nicht in 2013 kaufen, sondern erst in den nächsten drei Jahren anschaffen wollen, kommt der Ansatz eines Investitionsabzugsbetrags in Betracht – früher als Ansparabschreibung bezeichnet. Hiernach dürfen Freiberufler und Kleingewerbetreibende unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin bis zu 40 % der voraussichtlichen Anschaffungskosten eines Wirtschaftsguts (beispielsweise für einen betrieblich genutzten Pkw) vor dem Kauf gewinnmindernd erfassen (nähere Infos unter Investitionsabzugsbetrag in *up* 9/2013).

Dr. Hans-Jürgen Hillmer

Universitätsklinikum Regensburg eröffnet neues Wirbelsäulenzentrum

Interdisziplinäre Therapie für Patienten schon ab dem ersten Termin möglich

Ein neues Wirbelsäulenzentrum am Universitätsklinikum Regensburg (UKR) soll ab November 2013 Patienten mit Erkrankungen der Wirbelsäule besser versorgen. Ein interdisziplinäres Team aus Neurochirurgen, Unfallchirurgen, Schmerztherapeuten, Röntgenärzten und Physiotherapeuten arbeitet bei Diagnose und Therapie dafür Hand in Hand zusammen.

„Wir bieten den Patienten an, bereits mit dem ersten Termin bei uns alle erforderlichen Untersuchungen durchzuführen und ihnen anschließend einen abgestimmten Therapieplan an die Hand zu geben“, erläutert Professor Alexander Brawanski, Direktor der Klinik für Neurochirurgie des UKR. Wichtig sei, dass der Patient das weitere Vorgehen mit seinem niedergelassenen Arzt bespreche und dabei alle Therapieoptionen kenne.

Das Wirbelsäulenzentrum des Universitätsklinikums Regensburg baut dafür die bereits sehr gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Physiotherapeuten aus. Hier sind engere Kooperationen zur Erstellung gemeinsamer Behandlungspfade sowie gemeinsame Fortbildungen geplant. *(ks)*

Das interdisziplinäre Team von Neurochirurg Prof. Alexander Brawanski (ganz rechts) mit Physiotherapeutin Karin Behr (Mitte).

> Service

Patienten können sich direkt im Wirbelsäulenzentrum vorstellen. Telefonische Terminvereinbarung: 0941 944-9010. Oder sie lassen sich durch ihren niedergelassen Hausarzt bzw. Facharzt überweisen.

Darauf sollten Sie bei Präsenten an Geschäftspartner und Mitarbeiter achten!

Kleine Geschenke zu Weihnachten sind steuerlich absetzbar

Kleine Präsente für Geschäftspartner und Mitarbeiter als Dankeschön für eine gute Zusammenarbeit sind gut für das Betriebsklima und eine erfolgreiche Praxisführung. Dabei stellt sich jedoch gerade zur Weihnachtszeit die Frage, was das passende Geschenk ist. Und ob und wie es sich von der Steuer absetzen lässt. Dazu einige wichtige Tipps, die Sie beachten sollten.

Grundsätzlich gilt: Es gibt kein Geschenk für alle! So wird sich Ihr Mitarbeiter, der gerade eine Fortbildung besucht hat, sicher über ein entsprechendes Fachbuch freuen. Ihr zuweisender Arzt dagegen würde sich wohl eher wundern. Auch wichtig: Geschenke sollten preislich im Rahmen bleiben. Bei einem teuren Geschenk besteht leicht der Verdacht, dass hier nicht jemand beschenkt, sondern bestochen werden soll. Deshalb wird z. B. Mitarbeitern in öffentlichen Einrichtungen die Annahme von Geschenken oft generell verboten.

Preisgrenze beachten

In der Regel wird bei kleinen Aufmerksamkeiten zwischen Gelegenheitsgeschenken (Geschenke an Mitarbeiter) und Werbegeschenken (Geschenke an Geschäftsfreunde) unterschieden. In beiden Fällen sind bestimmte Grenzwerte zu beachten.

Bei Mitarbeitern gilt im Einzelfall eine Freigrenze von 40 Euro brutto, die auch mehrfach im Jahr komplett ausgeschöpft werden kann. Es muss aber unbedingt der Anlass der Aufmerksamkeit vermerkt werden. Zuwendungen von mehr als 40 Euro inklusive Umsatzsteuer sind grundsätzlich steuerpflichtiger Arbeitslohn. Arbeitgeber können das Geschenk dagegen voll als Betriebsausgabe (Personalaufwand) absetzen.

Auch bei Geschenken für Geschäftspartner gibt es Freigrenzen: Geschenke mit einem Wert unter zehn Euro gelten bei der Anwendung des § 37b EStG als Streuwerbeartikel. Sie gelten auch für eigene Arbeitnehmer als Betriebsausgaben und müssen nicht extra versteuert werden. Auch Geschenke bis zu einem Wert von 35 Euro netto ohne Umsatzsteuer im Jahr pro Beschenkten sind abzugsfähige Betriebsausgaben. Die nicht-abziehbare Vorsteuer (z.B. bei Ärzten) ist in die Ermittlung der Wertgrenze mit einzubeziehen. In diesen Fällen darf der Bruttobetrag (inklusive Umsatzsteuer) nicht mehr als 35 Euro betragen. Geschenke über 35 Euro werden dem steuerpflichtigen Gewinn hinzugezählt (§ 4 Abs. 5 Nr. 1 EStG).

Pauschal versteuern

Theoretisch müssen Beschenkte die Zuwendungen nach § 8 EStG als Betriebseinnahme besteuern. Es gibt aber die Möglichkeit, dass der Schenkende die Steuer in Höhe von 30 Prozent pauschal übernimmt. Allerdings kann er das Wahlrecht, ob pauschaliert werden soll, nur einheitlich ausüben.

Das heißt, der Schenkende muss sich entscheiden, ob die Pauschalierung auf alle Geschenke erfolgt oder nicht. Und er muss den Beschenkten darüber informieren. Kann der Beschenkte die Zuwendung nur betrieblich und nicht privat nutzen, entfällt das Abzugsverbot. In diesem Fall dürfen die Aufwendungen auch dann steuermindernd abgezogen werden, wenn sie die Freigrenze überschreiten.

TIPP

Beispiel

Praxisinhaber Schmidt schenkt zu Weihnachten seinen gut zuweisenden Ärzten jeweils zwei Flaschen Wein. Der Einkaufspreis der Flaschen beträgt jeweils 14 Euro. Nur für seinen Lieblingszuweiser Dr. Kern hat er einen Wein mit 20 Euro je Flasche ausgesucht. Die Weinflaschen, die als Geschenke an die Ärzte außer Dr. Kern gehen, sind Betriebsausgaben: Je Kunde und Jahr wird die Grenze von 35 Euro je Geschenk nicht überschritten. Bei Dr. Kern aber wird die Grenze überschritten. Sein Präsent muss mit 30 Prozent pauschal versteuert werden.

Wichtig

Nach einer Verfügung der Oberfinanzdirektion Frankfurt müssen jedoch bloße Aufmerksamkeiten (Sachzuwendungen aus Anlass eines besonderen persönlichen Ereignisses wie z. B. Geburtstag oder Jubiläum) mit einem Wert bis zu 40 Euro inklusive Umsatzsteuer nicht mehr in die Bemessungsgrundlage der Pauschalsteuer einbezogen werden. Wegen der Kompliziertheit der Vorschrift sollten Sie in Einzelfällen der Steuerberater gefragt werden.

Buchung auf gesondertem Konto

Wichtig für die Abzugsfähigkeit all dieser Geschenke und Zuwendungen ist, dass eine ordnungsgemäße Rechnung vorhanden sein muss, auf der der Name des Empfängers vermerkt ist. Außerdem sollten die Beträge auf einem gesonderten Konto Geschenke an Geschäftsfreunde getrennt von anderen Konten gebucht werden. *(ks)*

Kunden werben Kunden...

up-premium

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

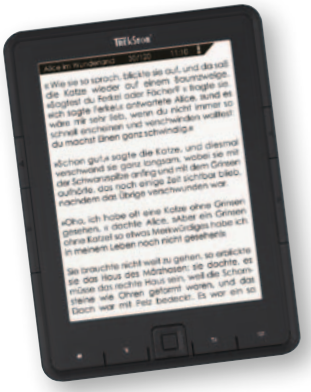
☐ Prämie 1:
TREKSTOR Tablet-PC „BREEZE Multi Touch“, schwarz

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

☐ Prämie 2:
TASSIMO „TAS 2002“, schwarz

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

(Abgebildete Tasse nicht inbegriffen)



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

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

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

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

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

☐ Ja, ich möchte **up-premium** abonnieren!

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

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

E-Mail-Adresse ..... Webseite .....

Datum, Unterschrift: .....

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

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

08 00-1 35 82 20

buchner

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