11.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*
OFD-Verfügung

Wenn chronisch Kranke Verordnungen vergessen

Ist Rückdatieren Urkundenfälschung?

Nicht selten kommt es in Heilmittelpraxen vor, dass das Ausstellungsdatum von Heilmittelverordnungen geändert werden muss. Da Krankenkassen gerne verbreiten, diese Vorgehensweise sei Urkundenfälschung, sind Ärzte und Therapeuten häufig verunsichert. Die Elmshorner Rechtsanwältin Maike Domke kann beide Seiten beruhigen: Das Rückdatieren von Heilmittelverordnungen ist völlig legal.

Nur das Ausstellungsdatum einer Verordnung sollte geändert werden, damit die noch nicht begonnene Heilmitteltherapie durchgeführt werden konnte. Aber die Kinderärztin weigerte sich, mit Hinweis auf einen Artikel aus der Fachzeitschrift ihres Berufsverbandes. Dieser stellte die These auf, die Rückdatierung von Verordnungen sei Urkundenfälschung! Liest man allerdings genauer nach, dann stellt sich raus: Stimmt nicht!

Dürfen Verordnungen rückwirkend geändert werden?

Rezept gilt als Urkunde

Winfried Scheuermann*, Physiotherapeut mit Spezialisierung auf Kindertherapie, ist einigermaßen überrascht. Auf seine Bitte hin, eine Heilmittel-Verordnung noch einmal auszustellen, weil das Ausstellungsdatum zu alt sei, bekam er nicht nur ein klares „Nein" seiner Kinderärztin, sondern auch noch die Kopie einer Seite aus der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt" überreicht, in der man zu der Frage „Zurückdatieren von Heilmittelverordnungen" die Antwort findet: „Rückdatieren ist Urkundenfälschung!"
Diese Argumentation hat Scheuermann auch schon von einigen Krankenkassen gehört, die gern mit dem Schlagwort „Urkundenfälschung" Angst und Schrecken verbreiten und damit das Nichtbezahlen von vermeintlich ungültigen Verordnungen begründen.

Im Strafgesetzbuch § 267 wird die Urkundenfälschung geregelt: „Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde herstellt, eine echte Urkunde verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."

Die Heilmittelverordnung der oben genannten Kinderärztin kann beispielsweise eine solche Urkunde sein. Natürlich ist die Heilmittelverordnung in diesem Falle im Sinne des Gesetzestextes „echt". Insofern stellt sich nur die Frage nach der Fälschung. Die Elmshorner Rechtsanwältin Maike Domke beschreibt den Fall aus dem Blickwinkel der Kinderärztin: „Sie können Ihre eigenen ‚Urkunden' ändern, solange diese noch nicht in den Rechtsverkehr gelangt sind, >>>

Aktuell

GKV-HIS Daten für 1. Halbjahr zeigen weiter starkes Wachstum
Mehr Heilmittel für jeden – wie lange noch? 11

Neuer Erlass der Oberfinanzdirektion Frankfurt:
Werden Heilmittel ohne Verordnung umsatzsteuerpflichtig? 12

Anhörung zum Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes
G-BA begrüßt Vorab-Praxisbesonderheiten 15

Konzepte

Gesunder Ausgleich zum stressigen Büroalltag
Fitness für Büro-ler 18

Tipps

Strategisch zur optimalen Praxisauslastung
Zuweisermarketing professionalisieren 20

Werbeidee für die Praxis
Mit Newsletter bei Patienten und Ärzten präsent bleiben 22

Weihnachtsmarketing
Sechs Regeln für das richtige Schenken 23

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** regress

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

Kommentar

Evidenzbasierte Politikfolgenforschung

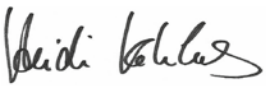
Die BARMER-GEK scheint so richtig Spaß an der Sache mit der Evidenz bekommen zu haben. Erst forderte sie im Zusammenhang mit dem Heil-und Hilfsmittelreport mehr Studien über die Wirksamkeit von Heilmitteln (wir berichteten), jetzt sollen die Kassen mehr Geld bekommen für die Versorgungsforschung. 100 Millionen Euro für alle Kassen hielt BARMER Vorstand Dr. Rolf-Ulrich Schlenker anlässlich des 10. Kongress für Versorgungsforschung in Köln für angemessen.

Doch damit nicht genug. Wenn man schon mal dabei ist, dann sollten doch auch die Politiker erforscht werden, verkündete Schlenker. Besser gesagt, die Folgen ihrer gesundheitspoltischen Entscheidungen.

Die Idee finden wir ganz ausgezeichnet. Denn weiß zum Beispiel ein Gesundheitsminister, der gänzlich ohne medizinische Vorbildung ins Rennen gegangen ist, welche Folgen seine fein ausgeklügelten Gesetze in der Praxis haben? Weiß er, wie das ist, wenn sein Arzt ihm kein Folgerezept für seine Behandlung ausstellt mit der Begründung: „Kann man nichts machen, Budget ist alle, Herr Bahr"? Wahrscheinlich nicht. Patienten, Therapeuten und Ärzte wissen das aber. Sie plagen sich tagtäglich mit Gesetzeslage rum und streiten sich verbissen über korrekt ausgestellte Verordnungen. Das müsste mit gar nicht sein.

Deswegen schlagen wir vor, dass amtlich und rundum wissenschaftlich untersucht wird, ob den Ärzten die vorgegebenen Richtgrößen für Heilmittelverordnungen überhaupt ausreichen, um gemäß Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog zu verordnen. Denn dann müsste sich auch niemand mehr streiten.

Herzlichst Ihre



Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

>>> Fortsetzung S. 1

sprich bevor Dritte Kenntnis von Ihrer eigenen Urkunde erlangt haben." Dass der Therapeut die Verordnung bereits gesehen hat, ist dabei rechtlich kein Problem. Zudem wird er auch nicht getäuscht.

Wenn also ein Arzt eine Verordnung rückdatiert, ist das deshalb noch keine Urkundenfälschung. Allerdings sollte sich der Patient zum Zeitpunkt des rückdatierten Ausstellungsdatums auch wirklich in seiner Behandlung befunden haben und die Diagnose und Leitsymptomatik sollten zum rückdatierten Ausstellungsdatum auch so bestanden haben.

In der Praxis von Scheuermann* kommen solche Fälle gar nicht so selten vor. Bei chronisch kranken Kindern, die zum Beispiel an Mukoviszidose erkrankt sind und die ohne Zweifel Physiotherapie bekommen müssen, irren sich die Eltern häufig ohne böse Absicht hinsichtlich der nächsten gültigen Verordnung. Natürlich behandelt Scheuermann weiter. Dann kann es dazu kommen, dass eine Verordnung rückdatiert werden muss. Das ist keineswegs Urkundenfälschung.

Für ängstliche Ärzte ist es sicherlich interessant zu wissen, dass das Oberlandesgericht Thüringen in einem Beschluss aus 2009 (Az.: 1 Ws 222/09) die Frage, ob das Rückdatieren von Schriftstücken als Urkundenfälschung zu werten sei, verneint: "Die Rückdatierung oder inhaltliche Unrichtigkeit der Schriftstücke ist nicht strafbar, da insofern nur eine schriftliche Lüge vorliegt, die nicht unter den Tatbestand der Urkundenfälschung nach § 267 StGB fällt." *(bu)*

**Name von der Red. geändert*

Kontakt: Rechtsanwältin Maike Domke, Blücherstraße 64, 25336 Elmshorn, Telefon: 04121-7891138, Fax: 04121-7894976, E-Mail: maike-domke@t-online.de, www.anwalt-domke.de

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:** Heidi Kohlwes

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

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks); Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: ArTo (1), chagin (14), kurhan (14), F. Pfluegl (15), fotobeam.de (16), koya79 (23); Privat (7), KBV (10), Jerghoff (20/21)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Richtgrößenvolumen, Heilmittelregress

Gemeinsam Probleme besser lösen

Das Thema Heilmittelregress ist ein Dauerbrenner, sowohl bei Ärzten als auch bei Heilmittelerbringern. Auch wenn Therapeuten nur indirekt davon betroffen sind und nicht selbst zur Kasse gebeten werden, führt die Regress-Angst der Ärzte oft zu einem deutlichen Verordnungsrückgang, was sich direkt im Terminkalender der Praxis niederschlägt. Grund genug, sich intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen und gemeinsam mit den Ärzten Regressprophylaxe zu betreiben.

Eine Kleinstadt in Baden-Württemberg. Donnerstagabend, 19 Uhr. In den Räumlichkeiten einer Klinikambulanz findet ein Vortrag für Ärzte mit dem Thema „Heilmittelverordnungen vor Regressen schützen" statt. Eingeladen hat eine Logopädin. Der Vortrag ist als Fortbildung von der Ärztekammer mit drei Fortbildungspunkten anerkannt und soll Ärzte und Therapeuten über Heilmittelregress-Prophylaxe informieren.

Es ist erstaunlich, wie wenig viele Ärzte über Heilmittelregresse wissen. Das liegt vermutlich daran, dass Heilmittelregresse im Gegensatz zu Arzneimittelregressen vergleichsweise „billig" sind. So betrug die Höhe eines Arzneimittelregresses in Bayern z.B. durchschnittlich 40.000 Euro, während im selben Zeitraum der durchschnittliche Heilmittelregress nur 1.500 Euro ausmachte.

Dennoch ist ein mit einer Regressandrohung konfrontierter Arzt in der Regel extrem verärgert und oft nicht mehr an irgendwelchen Sachinformationen interessiert. Wie tief die Gräben zwischen den Passionen sein können, zeigt unser Interview auf Seite 7. Damit es aber gar nicht erst dazu kommt, sollten sich Therapeuten so informieren, dass sie ihrem Zuweiser alle wichtigen Informationen im Vorfeld mitteilen können. Richtgrößen, Heilmittelbudget und Vorabpraxisbesonderheiten sind Begriffe, die jeder Therapeut im Schlaf erklären können sollte. Alles Wissenswerte dazu lesen Sie ab Seite 4.

Regressabwehr durch Teamarbeit

19:15 Uhr. Vier Ärzte sind persönlich anwesend, dazu kommen rund 30 Mitarbeiter aus Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen. Zwölf weitere Arztpraxen haben angerufen und mitgeteilt, dass Wartezimmer sei voll, so werden die Arzthelferinnen geschickt – immerhin. Die hier vertretenen Arztpraxen sind Heilmittelverordnung-Vielverordner und werden regelmäßig von der KV und den Krankenkassen aufgefordert, weniger Heilmittel zu verordnen. Entsprechend unsicher fühlen sich die Ärzte, wenn sie aus medizinischen Gründen dennoch verordnen. Diese Unsicherheiten gilt es zu beseitigen, denn keine Arztpraxis, die überdurchschnittlich viele Heilmittel verordnet, muss Regressangst haben. Allerdings können verordnende Ärzte und Therapeuten Heilmittelregresse nur durch sinnvolle Zusammenarbeit verhindern.

Die Stärkung der Zusammenarbeit war bereits eines der Hauptziele der 2001 erstmals veröffentlichten Heilmittel-Richtlinie. Durch den damals neu eingeführten Therapiebericht sollten Ärzte zusätzliche Information über zum Beispiel ergänzende Befunde und Therapieverlauf erhalten. Heute können Ärzte einen Therapiebericht anfordern, müssen es aber nicht und viele tun es auch nicht. Dabei sind Therapieberichte eine ideale Hilfe, um das Risiko eines Regresses zu minimieren. Der Therapiebericht sollte eine konkrete Prognose für den weiteren Therapieverlauf enthalten. Dadurch hat der verordnende Arzt nicht nur eine gute Textvorlage für das Therapieziel der Folgeverordnung, sondern auch alle relevanten Informationen zur Regressabwehr im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hier können Therapeuten ihren Ärzten wirkliche Unterstützung anbieten, indem sie die Dokumentation zur Verfügung stellen und vielleicht sogar noch nachträglich Therapieberichte schreiben, die der betreffende Arzt vorher nicht angefordert hatte. Außerdem ist es manchmal sinnvoll, dem Arzt dabei zu helfen, Praxisbesonderheiten zu identifizieren.

Inhalt

Thema: Heilmittelregress

- Ist Rückdatieren Urkundenfälschung? 1
- Gemeinsam Probleme besser lösen 3
- Heilmittelbudget – was ist das? 4
- Ärzte haften persönlich 5
- WANZ-Regel 6
- „Heilmittelregresse sind ein Unding" 7
- Tipps für die Arztkommunikation 7

Grundsätzlich sollten Therapeuten ihren Ärzten vorsichtig ihre Unterstützung anbieten und sich nicht darüber ärgern, wenn ein Arzt die Unterstützung ablehnt. Besserwisserische Belehrungen, was denn nun eine Praxisbesonderheit ist und was nicht, führen nicht dazu, dass die Kommunikation mit dem Arzt verbessert wird.

20 Uhr. Der Vortrag ist zu Ende. Fragen wurden beantwortet, Antworten eifrig mitgeschrieben. Zwei Wochen später erzählt eine teilnehmende Therapeutin von ersten Erfolgserlebnissen: „Heute habe ich sieben neu eingegangene Rezepte kontrolliert: zwei Kinderarztpraxen, ein HNO-Arzt, ein Allgemeinmediziner und ein Geriater. Alle diese Rezepte waren „lupenrein" ausgefüllt. Sehr konkrete Diagnosen mit Leitsymptomatik, teilweise auch lebensweltbezogene Angaben zum Therapieziel. Ich bin begeistert und hätte nicht gedacht, dass die Arzthelferinnen das so schnell umsetzen." *(ko)*

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Richtgrößen, Heilmittelregress

Heilmittelbudget – was ist das?

„Unser Budget für Heilmittel ist erschöpft", das erklären manche Ärzte ihren Patienten. Andererseits behaupten die Krankenkassen, Ärzte dürften alles verordnen, was medizinisch notwendig sei. Was stimmt denn nun: Gibt es das berüchtigte Heilmittelbudget oder nicht?

Jedes Jahr im Oktober verkünden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband das Heilmittelausgabenvolumen für das kommende Jahr. Damit vereinbaren die Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene, wie viel Geld im nächsten Jahr für Heilmittelverordnungen maximal ausgegeben werden darf und legen den Rahmen für den einzelnen Arzt fest, für wie viel Geld er im nächsten Jahr Heilmittel verordnen kann.

Heilmittelausgaben werden auf Landesebene vereinbart

Diese Bundesvorgaben müssen KVen und Kassen dann auf Landesebenen auf die jeweilige Situation vor Ort umsetzen. Dabei werden die Bundesvorgaben um die Faktoren ergänzt, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sind, zum Beispiel Preiserhöhungen der Heilmittelerbringer. Im Ergebnis legen sich KV und Kassen auf ein verbindliches Heilmittelausgabenvolumen für den jeweiligen KV-Bereich fest. Diese Festlegung erfolgt in den sogenannten „Heilmittelvereinbarungen".

Der in der Heilmittelvereinbarung festgelegte Betrag, der für Heilmittelverordnungen „ausgegeben" werden darf, muss dann auf die einzelnen Ärzte der KV verteilt werden. Dazu werden sogenannte Heilmittel-Richtgrößen errechnet. Diese Heilmittelrichtgrößen sind Euro-Beträge je Fall/Patient im Quartal. Je mehr Fälle/Patienten ein Arzt also hat, desto höher wird sein Heilmittel-Richtgrößenvolumen.

Arzt-individuelle Richtgröße errechnen

Alle Ärzte einer KV sind einer Facharztgruppe zugeordnet. Zur Berechnung der Richtgrößen wird die Vorjahresverteilung der Heilmittelausgaben durch die einzelnen Facharztgruppen als Maßstab genommen: Hat beispielsweise die Facharztgruppe „Orthopäden" im Vorjahr 45 Prozent der Heilmittelausgaben durch entsprechende Heilmittel-Verordnungen veranlasst, dann bekommen die Orthopäden 45 Prozent des für Heilmittel-Verordnungen vereinbarten Betrages zugerechnet. Jetzt wird für die Facharztgruppe der Orthopäden ermittelt, wie sich die Heilmittelausgaben auf die unterschiedlichen Versichertengruppen verteilt hat: Allgemeinversicherte (AV – bzw. Status M und F) und Rentenversicherte (RV – bzw. Status R). In Abbildung 1 kann man sehen, dass die Verteilung in unserem Beispiel einen Anteil von 65 Prozent für AV und 35 Prozent für RV ausmacht.

Zur Ermittlung der arztindividuellen Richtgröße für die Facharztgruppe der Orthopäden werden die Summen je Versichertengruppe durch die Anzahl der Fälle geteilt. Das ergibt dann zwei Richtgrößen für Orthopäden, in unserem Beispiel einmal 29,25 Euro (AV) und 31,50 Euro (RV).

Will ein Orthopäde jetzt genau wissen, wie groß sein Volumen ist, für das er Heilmittel verordnen kann, multipliziert er die Anzahl seiner Fälle (Fall = Patient, der mindestens einmal im Quartal in der Praxis ist) mit der jeweiligen Richtgröße.

Abbildung 1

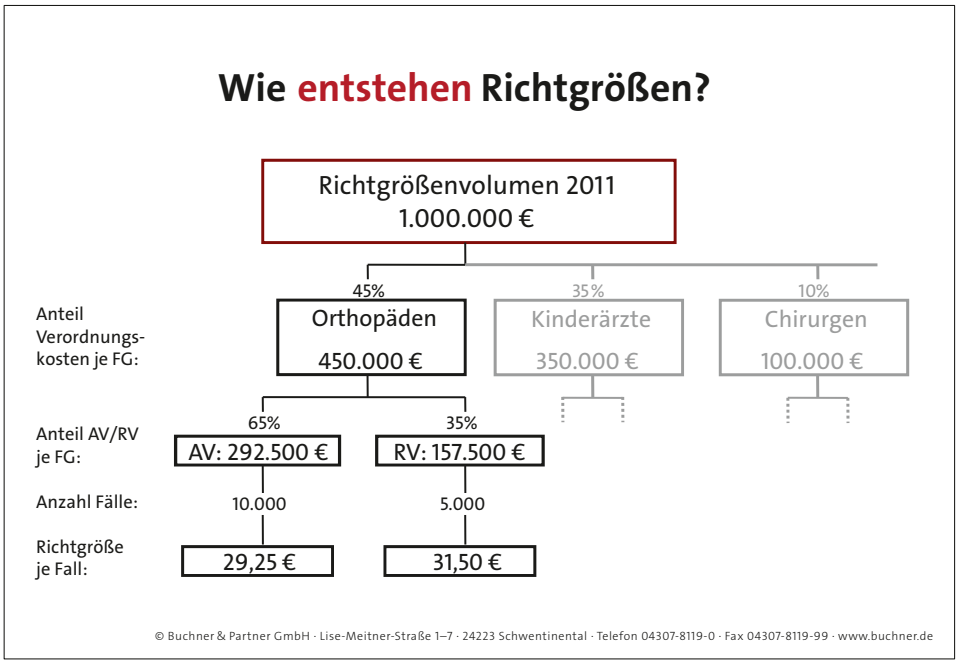
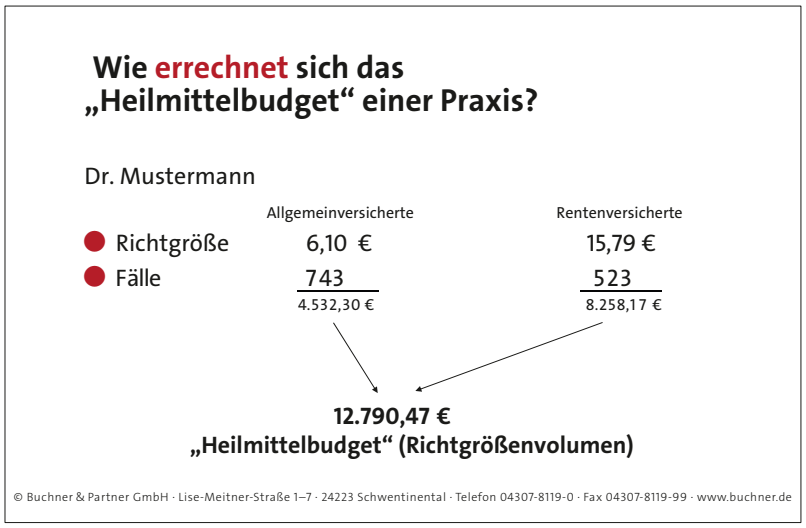


Abbildung 2



Heilmittelbudget hängt ab von Richtgröße und Anzahl der Patienten

Ein Beispiel für einen Allgemeinmediziner haben wir in Abbildung 2 dargestellt: Die Richtgröße für Allgemeinversicherte beträgt hier 6,10 Euro. Diese ergibt mit der Anzahl der Fälle (743) in einem Quartal den Betrag von 4.532,30 Euro. Ebenso werden die Anzahl der Rentenversicherten mit der Richtgröße von 15,79 Euro multipliziert, so dass hier ein Betrag von 8.258,17 Euro zusammenkommt. Addiert man die beiden Beträge erhält man das Richtgrößenvolumen des Arztes in Höhe von 12.790,47 Euro. Dieser Betrag ist der Wert, den Ärzte oft als Heilmittelbudget bezeichnen.

Damit wäre die Frage nach der Existenz des Heilmittelbudgets beantwortet: Ja es gibt das Heilmittelbudget (bis auf Bayern – s.u.). Trotzdem können Ärzte das Budget überschreiten, wenn sie diese Überschreitung gut begründen können. Deswegen argumentieren die Krankenkassen, dass bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit immer eine Heilmittelverordnung ausgestellt werden müsse, und zwar unabhängig davon, ob der Arzt sein Budget schon ausgeschöpft hat oder nicht.

Kassen sagen nicht die ganze Wahrheit

Allerdings verschweigen die Krankenkassen ihren Patienten die ganze Wahrheit zum Thema medizinischen Notwendigkeit. Wenn ein Arzt sein Budget erst einmal überschritten hat, dann dreht sich für ihn die Beweislast um: Der Arzt muss dann belegen, dass seine Verordnungen wirtschaftlich waren, dass eine medizinische Notwendigkeit vorlag, usw. Das ist in Prüfverfahren, die frühestens zwei Jahre nach Ausstellung der Verordnung stattfinden, regelmäßig ein Problem für die Ärzte, die sich eben nicht mehr ganz detailliert an die einzelnen Verordnungen erinnern können. Im Zweifel muss der Arzt bei Überschreiten seines Heilmittelbudgets eben selber zahlen. Die Krankenkassen verschweigen also, dass der Arzt das Risiko der Wirtschaftlichkeit seiner Heilmittel-Verordnung selbst tragen muss – und deshalb oft überhaupt nicht dazu bereit ist, Heilmittel zu verordnen.

Hinweis für bayerische Leser: In Bayern gibt es keine Richtgrößen und damit auch kein Heilmittelbudget. Dort wird das Verordnungsverhalten der Ärzte durch den Vergleich mit dem Durchschnitt ihrer Facharztgruppe geprüft. *(bu)*

Budgetüberschreitung ist teuer

Ärzte haften persönlich

Immer wieder hört man, dass ein Arzt „in Regress genommen“ wurde, manchmal ist von großen Summen jenseits der 100.000 Euro die Rede. Gibt es so etwas auch für den Bereich der Heilmittel – und was für Folgen hat es, wenn ein Arzt sein Budget nicht einhält?

Überschreitet ein Arzt sein Heilmittelbudget/Richtgrößenvolumen um bis zu 15 Prozent ist das unproblematisch, denn jeder Arzt hat einen Puffer von 15 Prozent für Mehrverordnungen. Werden diese überschritten, erreichen aber nicht die 25 Prozent, bekommt der Arzt einen Brief seiner Prüfungsstelle mit Hinweisen darauf, wie er in Zukunft Überschreitungen vermeiden könnte. In der Regel sind diese Hinweise unkonkret und helfen dem betroffenen Arzt nicht wirklich. Stattdessen fühlen sich viele Ärzte, die solch einen Brief bekommen gegängelt und bevormundet und reagieren mit strikter Verordnungspause.

Überschreitet ein Arzt sein Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent, droht der Regress! Die Prüfungsstelle schreibt ihn an und teilt mit, dass man festgestellt habe, dass seine Heilmittel-Verordnungen deutlich über dem erlaubten Betrag liegen, er möge doch bitte darlegen, was es in seiner Praxis für Besonderheiten gäbe, die eine derartige Abweichung vom Budget erklärten. Dann ist der Arzt in der Pflicht, zu erklären, was seine Praxis vom den anderen Praxen seiner Facharztgruppe unterscheidet - er legt seine Praxisbesonderheiten dar. >>>

>>> Fortsetzung S. 5

Heilmittelbudget ist nur Durchschnitt

Das Grundproblem bei einem Heilmittelregress besteht darin, dass das arztindividuelle Richtgrößenvolumen nur einen statistischen Mittelwert darstellt (siehe Artikel „Heilmittel-Budget – was ist das?“). Wenn der Arzt also ein Mittelwert-Budget überschreitet, dann kann er das gut damit begründen, dass die Art seiner Patienten und das Vorgehen seiner Behandlungsweise sich deutlich von seinen Facharztkollegen unterscheiden. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, wie man Praxisbesonderheiten identifiziert, doch wenige Ärzte nutzen solche Möglichkeiten wirklich gut. Oft ist der Ärger über die Regressforderung so hoch, dass eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema nicht gelingt. Deswegen sind die meisten Heilmittel-Regresse vollkommen überflüssig und unnötig.

Wenn nach Darlegung der Praxisbesonderheiten trotzdem noch ein Regress gefordert wird, dann lässt sich darüber verhandeln. So berichten viele Ärzte, die vor dem Prüfungsausschuss erscheinen mussten, dass regelrechte Verhandlungen, losgelöst von den konkreten Verordnungen, stattfanden, nach dem Motto: „Wenn Du nicht in Berufung gehst, dann musst Du auch nur die Hälfte zahlen!“

Hat man sich auf die Regresshöhe geeinigt, bedeutet das für den Arzt, dass er für „zu viel“ verordnete Heilmittel persönlich aus seinem Einkommen aufkommen muss. Die KV behält von seinem Honorar einfach die Regress-Summe ein. Das ist kein großes Drama, wenn es sich dabei nur um „normale“ Regressforderungen handelt: 1.500 Euro sind der Betrag, den man als Durchschnitt in einigen KVen bei Heilmittelregressen ermitteln kann. Allerdings täuscht so ein Durchschnittswert schnell. So sollte ein Orthopäde in Bayern 192.000 Euro für zu viel verordnete Physiotherapie bezahlen, eine Kinderärztin 70.000 Euro für zu viele Logopädie-Behandlungen und dieselbe Ärztin auch noch 90.000 Euro für Ergotherapie. Bei solchen Summen vergeht auch den freundlichsten Ärzten die Lust weiterhin Verordnungen auszustellen. *(bu)*

i Tipp

WANZ-Regel

Das Sozialgesetzbuch V schreibt vor, dass Leistungen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein müssen. Werden diese Kriterien nicht alle erfüllt, gerät der Arzt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in Regressgefahr. Deshalb sollte man die Kriterien kennen, die unter Ärzten auch als WANZ-Regel bekannt ist.

Wirtschaftlich

„Wirtschaftlichkeit ist die Abwägung zwischen Aufwand und Wirksamkeit; es geht darum, die günstigste Kosten-Nutzen-Relation zu erreichen. Mit dem geringstmöglichen Aufwand soll die erforderliche – ausreichende und zweckmäßige – Leistung erbracht werden.“

Ausreichend

„Ausreichend ist eine Leistung, die nach Art und Umfang genügt, um die jeweilige Zielsetzung dieser Leistung zu erreichen. Die Leistung darf weder mangelhaft noch – gemessen an ihrer Zweckbestimmung – ungenügend sein. Neben einem Mindeststandard beinhaltet der Begriff auch bereits eine Begrenzung nach oben; wenn Geringeres bereits ausreicht, ist mehr nicht zulässig.“

Notwendig

„Maß des Notwendigen verbietet ein Übermaß nach Art und Umfang der Leistung. Geeignete und wirksame Leistungen, die für sich allein betrachtet durchaus wirtschaftlich sind, stehen nicht zu, wenn bei der konkreten Bedarfssituation auch eine qualitativ und/oder quantitativ geringere Leistung ausreichend und zweckmäßig ist....“

Zweckmäßig

„Zweckmäßig ist, was nach seiner Wirkung geeignet ist, einen bestimmten Zweck bzw. bestimmte Ziele zu erreichen. Die Leistung muss zweckdienlich, zweckentsprechend sein. Dies erfordert eine gewisse Übereinstimmung von Wirkung und Behandlungsziel, aber auch ein gewisses Maß an Wirksamkeit.“

Quelle: Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung – Kommentar, C.H. Beck, München 2008

Interview mit Dr. med. Roland Ulmer, Sprecher des Honorarausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.

„Heilmittelregresse sind ein Unding“

Das emotional aufgeladene Ungerechtigkeitsempfinden sowohl bei Ärzten als auch bei Therapeuten schafft manchmal tiefe Gräben zwischen den Berufsgruppen, wenn es um das Thema Heilmittelregress geht. Das bestätigt auch der Pädiater Dr. med. Roland Ulmer im Gespräch mit Heidi Kohlwes. Um zu zeigen, dass es sich lohnt, Brücken zu schlagen, haben wir es uns ausnahmsweise erlaubt, dem Interview einen Kommentar hinzuzufügen. Dieser soll weder belehren noch bewerten, sondern einen Weg aufzeigen, wie Ärzte und Therapeuten gemeinsam Heilmittelregressprophylaxe betreiben können.

? Dr. Ulmer, Sie sind bereits seit 1985 niedergelassener Pädiater. Sind Sie selbst schon einmal in Heilmittel-Regress genommen worden? ❶

Ich selbst noch nicht, aber viele meiner Kollegen waren und sind davon betroffen.

? Wie groß ist die Angst der Ärzte davor?

Die Angst vor Heilmittel-Regressen ist nicht nur groß, sondern extrem. Diese entsteht dadurch, dass die Praxis unsicher ist, wie hoch sie mit ihren Verschreibungen gehen kann. Jede Behandlungsindikation ist ja immer ein Korridor, keine klare Linie. Und das macht es dann so schwer für die Ärzte, in dem Moment die richtige Entscheidung zu treffen. Das zweite Problem ist, dass es natürlich völlig unterschiedliche Praxiskonstellationen gibt, je nachdem, wo man arbeitet. Wenn man in einem sozial schwächeren Umfeld arbeitet, dann wird man natürlich auch mehr Anfragen an die Verschreibung von Heilmitteln bekommen.

Die Angst vor Heilmittel-Regressen ist nicht nur groß, sondern extrem.

? Für diesen Fall gibt es ja die Vorab-Praxisbesonderheiten...

Hierzu möchte ich das Bundessozialgericht zitieren, das Bezug nimmt auf die Zusammensetzung der Patientenklientel einer Arztpraxis, die in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. „Inwieweit sich die Zusammensetzung der Patientenklientel einer Arztpraxis von anderen unterscheidet, kann jedoch nicht vorab sondern nur im Nachhinein festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund wird eine Anerkennung von Verordnungen von Menschen mit schwerwiegenden Behinderungen mit längerfristigem Heilmittelbedarf als weitere im Einzelfall zu berücksichtigen Praxisbesonderheit für sachgerecht gehalten. Eine Vorabanerkennung als Praxisbesonderheit wäre nur dann sachgerecht, wenn bestimmte Erkrankungsbilder stets mit einem bestimmten Heilmittelbedarf einhergingen. Dies ist aber selbst bei schwerwiegenden, irreversiblen Behinderungen nicht zwingend der Fall.“ Sie sehen, wir können uns mit diesem Vorabmelden eben leider nicht aus der Falle retten. Sie müssen sich als Praxis immer mit den Richtgrößen oder mit den Durchschnittswerten der anderen Kinder- und Jugendärztlichen Praxen vergleichen lassen.

? Ihrer Meinung nach sind Vorab-Praxisbesonderheiten also in der Praxis gar nicht anwendbar? ❷

Das Problem liegt darin, dass die Prüfungen nach Mittelwerten durchgeführt werden. Da weiß man ja nie, wie der Mittelwert der Kollegen war. Selbst wenn sie ihn wüssten, wissen sie nicht, ob es jetzt gerade bei ihren Kindern in der Praxis gerechtfertigt ist, höher zu liegen oder nicht. Das weiß keiner. >>>

Kommentar

❶ *In Bayern gibt es leider noch keine Richtgrößen wie im Rest von Deutschland. Daher ist die von Dr. Ulmer formulierte Unsicherheit über die Höhe der Verordnungen berechtigt. In anderen Bundesländern gibt es dieses Problem nicht, weil auf die Richtgrößen und damit auf ein klar definiertes Heilmittelbudget verwiesen werden kann.*

Tipp für die Arztkommunikation:
In Bayern legt die Prüfungsvereinbarung zwischen KV und GKV fest, dass Verordnungen im Regelfall nach der HeilM-RL als wirtschaftlich anzusehen sind. Leider kennen diese Regelungen viel zu wenige Ärzte in Bayern. Therapeuten sollten die Prüfungsvereinbarung ausdrucken und den Ärzten aushändigen! Auch in allen anderen Bundesländern gilt die Regelung: Verordnungen im Regelfall, die formal und hinreichend konkret ausgefüllt worden sind, haben nach der Rechtsprechung des BSG als wirtschaftlich zu gelten.

❷ *In Bezug auf die Vorab-Praxisbesonderheiten hat Dr. Ulmer hat vollkommen recht, denn in Bayern gibt es diese nicht. Die von ihm zitierte Rechtsprechung des BSG bezieht sich auf die nachträgliche Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Prüfungsfall.* >>>

>>> Fortsetzung S. 7

Kommentar

>>> Generell sind sich Ärzte oft nicht darüber im Klaren, dass sich das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung von KV zu KV unterscheidet. Sagt also ein bayerischer Arzt auf einem Kongress etwas für ihn zutreffendes zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, gilt das nicht für die Berliner Kollegen.

Tipp für die Arztkommunikation:
Klar den Unterschied zwischen Vorab-Praxisbesonderheiten und den Praxisbesonderheiten im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aufzeigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband empfehlen den Ländern (also auch Bayern) seit Jahren, auf Landesebene Indikationen festzulegen, bei den Heilmittelverordnungen außerhalb des Budget verordnet werden können. In fast allen Bundesländern gibt es entsprechende Listen mit solchen Vorab-Praxisbesonderheiten, die aber den Ärzten oft nicht bekannt sind. Also, die Original-Liste der KV organisieren und den Ärzten überreichen.

Konkret:
In der buchner-Ausgabe der HeilM-RL und des Heilmittel-Katalogs sind alle diese Vorab-Praxisbesonderheiten bei den Indikationen mit aufgeführt.

❸ Dr. Ulmer und mit ihm viele weitere Kinderärzte sind eine rühmliche Ausnahme unter Ärzten, was die Anforderung von Therapieberichten angeht. Gerade im Bereich der Physiotherapie-Verordnungen verzichtet die Mehrzahl der Ärzte auf den Therapiebericht. Ein Grund dafür ist offensichtlich, dass Ärzte sich nicht vor dem Patienten dafür rechtfertigen wollen, keine Verordnung mehr ausstellen zu wollen, obwohl der Therapeut eine Fortsetzung der Therapie empfohlen hat.

Tipp für die Arztkommunikation:
Verzichten Sie auf eine Empfehlung zur Fortsetzung der Therapie und geben Sie stattdessen lieber eine konkrete Prognose ab, wie zum Beispiel: „Wenn wir noch sechs oder zehn Mal behandeln, kann sich der Patient wieder selbst die Schuhe >>>

? Arbeiten Sie mit Therapeuten zusammen und fordern Therapieberichte an?

Das ist für mich eine Grundvoraussetzung und so ist es auch in der Heilmittel-Richtlinie kodiert. Bei uns in der Praxis läuft es so, wenn ich eine Entscheidung für ein Heilmittel getroffen habe, dann geht der Patient zum Therapeuten und nach Abschluss des Rezeptes bekomme ich eine Rückmeldung vom Therapeuten. In seltenen Fällen auch eher, wenn der Therapeut zum Beispiel anderer Meinung ist oder ein anderes Heilmittel anwenden möchte. Ich kann erst weiterverordnen, wenn ich den Therapiebericht des Therapeuten habe.

? Ist das zu verallgemeinern? Machen das alle so? ❸

Meines Wissens ja. Ich kann natürlich nicht in die einzelnen Praxen reinschauen. Aber es wird immer wieder kommuniziert, dass das ja unter anderem auch ein Kritikpunkt der Kassen bei den Heilmittelprüfungen ist, wenn die Praxen eben keine Therapieberichte angefordert haben

? Kann ein Therapiebericht dem Arzt helfen, die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung zu belegen?

Nein, das kann er leider nicht. Ich kann nicht den Therapiebericht nehmen und in den Prüfsitzungen den Kassen vorlegen und diesen als Beleg für die Wirtschaftlichkeit nutzen. Das akzeptiert keine Kasse.

? Warum nicht? ❹

Weil der Arzt immer völlig allein für seine Entscheidungen haftet. Genau diese Entscheidung kommt doch dann zum Tragen, wenn es zu einer Prüfung kommt. Der Therapiebericht könnte vielleicht in der Einzelfallprüfung eine Hilfe sein, aber in den meisten Fällen sind es ja Durchschnittsprüfungen.

? Wie können Therapeuten die Ärzte am besten unterstützen, um Regresse zu vermeiden? ❺

Aus meiner Sicht ist das auf mehreren Ebenen möglich. Am wichtigsten ist für mich, dass der Therapeut frühzeitig sagt, die Therapie muss aus seiner Sicht unterbrochen oder beendet werden. Das ist ganz wichtig. Wir Ärzte dürfen die Behandlung nach den WANZ-Kriterien (Wirtschaftlich, Ausreichend, Notwendig, Zweckmäßig) ausreichend durchführen. Das heißt nach Schulnoten: Note 4. Das bedeutet, dass auch der Therapeut,

> *Der Therapiebericht ist für mich eine Grundvorraussetzung.*

wenn der Therapiezweck ausreichend erfüllt ist, den Ärzten zurückmelden muss, dass er eine Unterbrechung oder Beendigung für möglich hält. Dass das nicht optimal ist, das steht auf einem ganz anderen Blatt.

? Welche Möglichkeit hat der Therapeut noch? ❻

Es ist ja ein offenes Geheimnis, je mehr Therapeuten sich niederlassen, desto mehr Therapeuten wollen etwas arbeiten. Mehr Therapeuten machen zum Beispiel in Kindergärten durch Vorträge Stimmung für mehr Therapie. Dadurch werden die pädagogischen Fördernotwendigkeiten auf den Rücken der Krankenkassen und der Ärzte abgewälzt, weil es nicht ausreichend pädagogische Fördermöglichkeiten gibt. So wird zum Beispiel ein Migrantenkind durch Logopädie zum Deutschlernen gebracht, was natürlich nach der Heilmittel-Richtlinie nicht möglich ist, aber trotzdem so gefordert wird. Das heißt, wir brauchen mehr pädagogische Fördermöglichkeiten. Erst dann kann man sauber zwischen Therapie und Pädagogik trennen.

? Damit ist das Regressproblem aber noch nicht gelöst...

Die beste Lösung ist in der Heilmittel-Richtlinie bereits enthalten. Es gibt die Möglichkeit, dass im Vorfeld ein Antrag an die Kasse gestellt wird, die Therapie vorab zu genehmigen. Dann haben nicht mehr die Ärzte den schwarzen Peter und die Kasse muss von einem Regress absehen. Nur, die Kassen haben auf diesen Genehmigungsvorbehalt verzichtet, weil sie sich keine Probleme

schaffen wollen. Die sagen, wir verzichten darauf aber hinterher schauen wir mal, ob die Ärzte wirtschaftlich gearbeitet haben. Das ist ein Unding. Wir Ärzte sollen auf der einen Seite die Kinder gut behandeln, auf der anderen Seite sollen wir den Druck der Heilmittelerbringer aushalten und dann kommt noch die Kasse und fordert Regress.

? Wäre es eine Möglichkeit, wenn Ärzte und Therapeuten gemeinsam gegen den Regressdruck der Kassen zusammenarbeiten? ❻

Das haben wir schon versucht. Wir haben hier in Mittelfranken drei Arbeitsgruppen gemacht, bei dem Kinderärzte und Therapeuten zusammen Leitlinien und Verfahrensanweisungen erarbeitet haben. Ich habe im kleinen Bereich auch mit den Therapeuten, mit denen ich zusammenarbeite, Arbeitsgruppen durchgeführt. Aber das Problem ist so nicht zu schultern. Die Regressbedrohung muss von Seiten der Politik von den Kinder- und Jugendärzten genommen werden.

? Vielen Dank für das Gespräch.

Kommentar

>>> zubinden." Jetzt kann der Arzt entscheiden, ob die Prognose aus seiner Sicht ausreicht, um zu Lasten der Krankenkasse weiter Heilmittel zu verordnen.

❹ *Hinsichtlich der Wirksamkeit von Therapieberichten irrt Dr. Ulmer. Es hat schon eine ganze Reihe von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Bayern gegeben, bei denen die Therapieberichte geholfen haben, die Wirtschaftlichkeit der Verordnung zu belegen. Gerade bei den in Bayern angewandten Prüfungen nach Durchschnittswerten ist die Einzelfallbetrachtung immer möglich und zur Vermeidung eines Regresses hilfreich.*

Tipp für die Arztkommunikation:
Inhalte des Therapieberichts können vollkommen frei abgestimmt werden. In der HeilM-RL wird es Ärzten ausdrücklich erlaubt, Fremdbefunde – eben auch gerade von Therapeuten – anzufordern, bzw. hinzuzuziehen. Damit lassen sich Therapieberichte gut so formulieren, dass in einer späteren Wirtschaftlichkeitsprüfung alle relevanten Informationen zur Regressabwehr zur Verfügung stehen. Außerdem können Therapieberichte ausgezeichnet die Dokumentation des Arztes unterstützten, so dass im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung alle Informationen zur Hand sind.

❺ *Die WANZ-Regelungen sind zum Ärger von Ärzten und Therapeuten so konkret wie Götterspeise (siehe Seite 6). Trotzdem sollte man die Kriterien kennen und im Rahmen dieser Kriterien argumentieren.*

Tipp für die Arztkommunikation:
Wenn ein verordnender Arzt nach dem Regelfall aus nachvollziehbarer Angst vor Regressen nicht weiter verordnen will, dann könnte man als Therapeut in der „Therapiepause" einfach weiter den Befund des Patienten dokumentieren. Kann man durch gute Dokumentation nachweisen, dass die Therapiepause zu einer Verschlechterung des Befundes führt, dann hat der verordnende Arzt gute Argumente, um im Rahmen der WANZ-Regel wieder zu Lasten der GKV zu verordnen.

❻ *Die Tatsache, dass es nicht genug Frühfördermöglichkeiten gibt, wird hier unabsichtlich mit dem Wunsch der Therapeuten nach genug Arbeit vermengt. So etwas passiert in allen Fachbereichen und zeigt, wie emotional aufgeheizt die Debatte über weitere Verordnungen oft läuft. Tatsache ist allerdings auch, dass es keine wissenschaftliche Studie darüber gibt, ob der Anstieg von Heilmittel-Verordnungen ursächlich mit mehr Heilmittelpraxen zusammenhängt.*

Tipp für die Arztkommunikation:
Bei Kindertherapie immer auf den Krankheitsbezug achten. Liegt ein solcher Krankheitsbezug nicht vor, darf ein Arzt nicht verordnen! Aufpassen, dass dem verordnenden Arzt klar wird, welches konkrete Ziel die Folgeverordnung hat und es ihm überlassen bleibt, ob er noch weiter verordnet oder nicht. Dies unbedingt auch dem Patienten gegenüber entsprechend zu kommunizieren.

❼ *Selbst gemachte Leitlinien und Verfahrensanweisungen gelten im Zweifel bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht, denn die HeilM-RL ist die einzig verbindliche Richtlinie für die Heilmittel-Verordnung. Wenn man zusätzliche Leitlinien als Argumentationshilfen nutzen will, dann sollte man auf die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften zurückgreifen.*

Tipp für die Arztkommunikation:
Gemeinsame Initiativen zur Regressvermeidung sollten immer im Rahmen der HeilM-RL erfolgen. Diese hat mit der ICF ein erstklassiges Instrument geschaffen, Heilmittel-Verordnungen hinreichend konkret zu machen. Es gibt bereits Regionen, in denen Ärzte und Heilmittelerbringer eine gemeinsame Dokumentation auf Basis der ICF vornehmen und damit eine gute und verbindliche Regressabwehr betreiben. *(bu)*

Heilmittel-Regress – wie hoch ist das Risiko für Erst-Überschreiter?

Ärzte haften bis höchstens 25.000 Euro

Seit Anfang des Jahres 2011 gilt für Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen das erste Mal überschreiten, dass die Höhe des Regresses auf maximal 25.000 Euro für zwei Jahre beschränkt ist. Diese neue Regelung aus dem Sozialgesetzbuch V ist jetzt zum ersten Mal in Baden-Württemberg zur Anwendung gekommen und hat einem Arzt geholfen, seinen Regress zu begrenzen. Ein gutes Signal auch für die Ärzte, die Angst vor Heilmittel-Regressen haben.

Der Gesetzgeber nimmt sich mehr und mehr der Regress-Angst der niedergelassenen Ärzte an. So trat Anfang des Jahres 2011 der erweiterte § 106, SGB V in Kraft. Dort heißt es in Absatz 5c: „Abweichend von Satz 1 setzt die Prüfungsstelle für Ärzte, die erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, für die Erstattung der Mehrkosten einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25.000 Euro für die ersten beiden Jahre einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens fest."

Solche Gesetzesänderungen wirken aber erst dann „angstbefreiend", wenn es auch konkrete Fälle gibt, in denen die neue Regelung umgesetzt wird. Genau das hat jetzt die Kammer Stuttgart I des KV-Beschwerdeausschusses in einer Grundsatzentscheidung gemacht, berichtet die Ärzte-Zeitung in einer kurzen Meldung. Tenor der Grundsatzentscheidung: „Von Ärzten, die erstmals ihr Richtgrößenvolumen um 25 Prozent überschreiten, darf in den ersten beiden Regressjahren zusammen nicht mehr als 25.000 Euro Rückzahlung gefordert werden."

Für Ärzte, die durch ihre Heilmittel-Verordnungen in Regress genommen werden sollen und die noch nie vorher in Regress genommen worden sind, gilt die Regel, dass die Regresssumme maximal 25.000 Euro betragen darf. Allerdings müssen sich die Ärzte ausdrücklich auf das Gesetz berufen – vermutlich gibt es nicht viele Prüfungsausschüsse in Deutschland, die freiwillig solche Regeln von sich aus zu Gunsten der Ärzte anwenden.

Und: Die Obergrenze von 25.000 Euro ist für Orthopäden und Rehabilitationsärzte sicherlich eine akzeptable Größe, Kinderärzte kann man mit dieser Obergrenze aber sicherlich nicht beruhigen, denn für viele Kinderärzte dürften 25.000 Euro rund ein Viertel ihres Jahreseinkommens ausmachen. *(bu)*

KBV will Heilmittelkatalog überarbeiten

KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller will den Heilmittelkatalog überarbeiten.

Der Heil- und Hilfsmittelreport der Barmer GEK zeigt seine ersten konkreten Auswirkungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will aufgrund des Reports nun dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen überarbeiteten Entwurf des Heilmittelkatalogs vorlegen. Das teilte die KBV in einer Pressemitteilung mit.

Mehr Physiotherapie anstelle von Medikamenten und Operation und eine Überarbeitung des Heilmittelkatalogs, das waren die zentralen Aussagen des Heil- und Hilfsmittelreport der Barmer GEK, der Ende September veröffentlicht wurde. KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller fing den Ball vom Autorenteam um Prof. Gerd Glaeske auf und kündigte an, dass die KBV im Gemeinsamen Bundesausschuss einen komplett revidierten und schlanken Entwurf eines auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhenden Heilmittelkatalogs vorlegen werde. Die KBV wolle mehr Heilmittel zur Verfügung zu stellen, „um die aus dem Bericht hervorgehende Unterversorgung vieler chronisch Kranker mit Heilmitteln zu beseitigen sowie um operative, den Patienten belastende Eingriffe zu vermeiden.", so Müller. Die Kehrseite der Medaille: Unwirksame Heilmittel sollen aus dem Erstattungskatalog der GKV entfernt werden.

Wenn die KBV sich in ihrer Überarbeitung an den Ergebnissen des BARMER GEK Reports orientiert, dürften sich nicht nur Physiotherapeuten freuen. Denn öffentliche Aussagen von Müller wie „die Physiotherapie kann die Versorgung vieler Patienten verbessern und gleichzeitig höhere Kosten weniger erfolgversprechender Behandlungen vermeiden" sorgen sicherlich grundsätzlich für einen besseren Status der Heilmitteltherapie bei Ärzten, Patienten und Kostenträgern. *(ko)*

GKV-HIS Daten für 1. Halbjahr zeigen weiter starkes Wachstum

Mehr Heilmittel für jeden – wie lange noch?

Die gerade veröffentlichten Zahlen des Heilmittel-Informations-System der GKV (GKV-HIS) müssten den verordnenden Ärzten eigentlich richtig Angst machen. Denn das Heilmittelumsatz-Wachstum ist im 1. Halbjahr 2011 so hoch, dass man sich ernsthaft fragen muss, wann die Regress-Keule von den Kassen aus dem Sack gelassen wird. Für alle Heilmittelerbringer gibt es viel Freude über guten Umsatzzuwachs von mehr als 9 Prozent im Vergleich zum 1. Halbjahr 2010.

Über 200 Millionen Euro mehr Heilmittelumsatz als im Vorjahreshalbjahr wurde in Deutschland mit den Gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Das entspricht einem Zuwachs von 9,28 Prozent. Zuwachsgewinner sind wieder die Podologen (+27,4 %) und Logopäden (+21,9 %), während das Wachstum bei den Ergotherapeuten (+9 %) und Physiotherapeuten (+7,2 %) zwar deutlich schwächer ist, aber trotzdem noch auf hohem Niveau bleibt.

Physiotherapie mit großen regionalen Unterschieden

Die Umsatzzuwächse für den Bereich der Physiotherapie sind regional sehr unterschiedlich. Berlin (+3,8 %), Baden-Württemberg (+4,6 %) und das Saarland (+5,2%) sind die Wachstums-Schlusslichter, während Rheinland-Pfalz (+11 %), Sachsen-Anhalt (+14,6 %) und Bremen (+16,4 %) die Spitzengruppe darstellen. Insgesamt wurden im 1. Halbjahr 2011 mehr als 116 Millionen Euro mehr Physiotherapie-Leistungen abgerechnet als im Vorjahreshalbjahr.

Logopädie in allen KVen zweistellig gewachsen

Wie auf einem anderen Stern wirkt dagegen das Wachstum der Logopäden: „Schlusslichter“ sind hier Bayern (+14,3 %), Sachsen (+15,7 %) und Thüringen (+16,1 %). Die Top-Länder sind Hessen (+27,2 %), Hamburg (+32,6 %) und Berlin (34,9 %). Im 1. Halbjahr 2011 wurden insgesamt über 46 Millionen Euro mehr Logopädie-Leistungen abgerechnet als im Vorjahr.

Ergotherapie entwickelt sich uneinheitlich

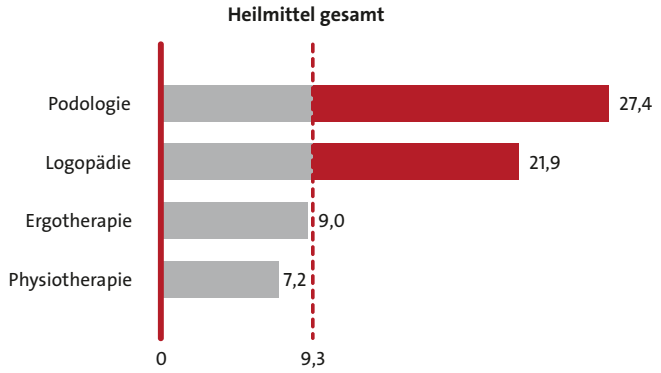
Die Ergotherapeuten müssen, ähnlich wie die Physiotherapeuten, mit großen regionalen Unterschieden leben. So fällt das Wachstum am schwächsten in Baden-Württemberg (+3,5 %), im Saarland (+3,8 %) und in Sachsen (+4,3 %) aus. Dagegen sieht man in Hamburg (+14,7 %), Nordrhein (+15,3 %) und Bremen (+15,4 %) die Entwicklung mit großer Freude. Rund 27 Millionen Euro Ergotherapieleistungen wurden im 1. Halbjahr 2011 mehr abgerechnet als im Vorjahr.

Regionale Unterschiede nehmen langsam ab

Auffällig ist, dass sich die Heilmittelumsätze je 1.000 Versicherte langsam näher kommen. Zwar ist der Unterschied zwischen Hamburg (44,7 T EURO) und Westfalen-Lippe (25,5 T EURO) erheblich und medizinisch nicht nachvollziehbar, trotzdem lässt sich beobachten, dass sich die Heilmittelumsätze in den Bundesländern ganz langsam auf den Durchschnitt hin bewegen. Inzwischen sind die Heilmittelumsätze je 1.000 Versicherte in Bayern und Niedersachsen fast genauso hoch wie der Bundesdurchschnitt (34,5 T EURO).

1. Halbjahr 2011: Wachstum in den Fachbereichen sehr unterschiedlich

Veränderungen Heilmittelumsatz zum Vorjahr in Prozent*



Quelle: GKV-HIS · Stand: 28.9.2011 · Bruttoumsätze (inkl. Zuzahlungen)

© Buchner & Partner Gmbh, Schwentinental

Jetzt darf man auf die nächsten Monate gespannt sein. Im Oktober sollten die Kassen und die KVen die Heilmittelausgabenvolumen für 2012 veröffentlichen. Hoffentlich werden dann die erheblichen nicht geplanten Umsatzsteigerungen in diesem Jahr in die Planzahlen für 2012 mit eingearbeitet. Dann dürften die KVen langsam anfangen, ihre Ärzte darauf aufmerksam zu machen, dass zu viele Heilmittel verordnet werden. Außerdem ist zu erwarten, dass im letzten Quartal die ersten Regressandrohungen für das Jahr 2010 verschickt werden. Mal sehen, inwieweit das Einfluss auf den Heilmittelumsatz im 2. Halbjahr 2011 haben wird.

(bu)

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Neuer Erlass der Oberfinanzdirektion Frankfurt:

Werden Heilmittel ohne Verordnung umsatzsteuerpflichtig?

Bislang waren sich die Finanzbehörden bundesweit darüber einig, dass „Behandlungen im Anschluss/Nachgang einer ärztlichen Diagnose“ umsatzsteuerfrei sind. Das will die Oberfinanzdirektion Frankfurt (OFD) jetzt ändern und solche Leistungen zukünftig ab dem 1. Januar 2012 mindestens mit dem ermäßigten Umsatzsteuersatz (7 Prozent) besteuern. Ob dies vor den Finanzgerichten Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

In der Verfügung der OFD Frankfurt vom 26.7.2011 (S 7170 A-89-St 112) geht es um die umsatzsteuerliche Bewertung von Behandlungen, die zum Beispiel im Anschluss an eine kassenärztliche Verordnung als sogenannte Selbstzahlerleistung von Physiotherapeuten erbracht werden. Bisher galt für die Finanzämter die Regel, dass der Bezug einer Heilbehandlung auf eine ärztliche Diagnose einen hinreichenden Beleg für einen „unmittelbaren Krankheitsbezug“ darstellt und damit die entsprechenden Behandlungen umsatzsteuerfrei sind. Das sieht die OFD jetzt anders: „Behandlungen im Anschluss/Nachgang einer ärztlichen Diagnose, für die die Patienten die Kosten selbst tragen, sind grundsätzlich nicht als steuerfreie Heilbehandlung anzusehen. Sofern für diese Anschlussbehandlungen keine ärztliche Verordnung vorliegt, handelt es sich hierbei um steuerpflichtige Präventionsmaßnahmen.“

Therapeutisches Ziel bleibt steuerfrei

Als Begründung führt die Behörde dazu aus: „Leistungen, die von ärztlichen oder arztähnlichen Berufen erbracht werden, sind nicht immer Heilbehandlungen. Nach der Rechtsprechung des EuGH [Europäischer Gerichtshof, Anm. d. Red.] sind Heilbehandlungen Tätigkeiten, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Heilberufliche Leistungen sind daher nur steuerfrei, wenn bei der Tätigkeit ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe i. S. d. § 20 SGB V, die keinen unmittelbaren Krankheitsbezug haben, weil sie lediglich „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern” sollen, sind keine Heilbehandlungen.“ Demnach sei für die Umsatzsteuerbefreiung der Leistungen von Physiotherapeuten oder staatlich geprüften Masseuren entweder eine ärztliche Verordnung erforderlich oder die Leistungen müssten im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden.

Damit gilt für alle Selbstzahlerleistungen ab dem 1.1.2012 die Anordnung der OFD: „Die Voraussetzung für die Steuerbefreiung ist in jedem Einzelfall nachzuweisen.“ Und nach Ansicht der OFD ist der einzige zulässige Nachweis eine ärztliche Verordnung. Das kann man allerdings auch anders sehen. Denn die OFD stützt ihre Argumentation auf ein Bundessozialgerichtsurteil zur sektoralen Heilpraktikerzulassung von 2009, in dem die Umsatzsteuerbefreiung unter anderem von der „ärztlichen Anordnung“ abhängig gemacht wird. Dort heißt es: „Die Ausbildung ist darauf ausgerichtet, dass der Physiotherapeut anhand eines vom Arzt angegebenen Leitsymptoms nur die Einzelheiten der physiotherapeutischen Behandlung, namentlich die Art und Weise der Krankengymnastik oder Massage, abklärt und diese durchführt.“ Demzufolge bedarf es also doch nur einer ärztlichen Diagnose/Leitsymptomatik, damit es sich um eine Heilbehandlung handelt – und damit umsatzsteuerfrei ist.

i Tipp

Freibeträge nutzen!

Nach § 4 Nr. 14 UStG sind die Umsätze aus der Tätigkeit zum Beispiel als Heilmittelerbringer umsatzsteuerfrei. Das gilt jedoch nur für die Umsätze aus Heilbehandlungen. Werden dagegen andere Umsätze erbracht, wie zum Beispiel Präventionskurse, Honorare für Vorträge und Wellness- und Präventionsleistungen, sind diese Umsätze in der Regel umsatzsteuerpflichtig. Doch nicht jeder Umsatz mit Nicht-Heilbehandlungen führt sofort zur Umsatzsteuerpflicht dieser Umsätze, denn es gibt die sogenannte Kleinunternehmerbesteuerungsregel. Diese Regel besagt, dass Kleinunternehmen (darum handelt es sich bei Heilmittelpraxen) immer dann nicht umsatzsteuerpflichtig sind, wenn die steuerpflichtigen Umsätze im vorangegangenen Kalenderjahr den Betrag von 17.500 Euro nicht überstiegen haben und im laufenden Kalenderjahr 50.000 Euro Umsatz voraussichtlich nicht übersteigen. Damit sind die meisten Praxen gut bedient, denn Sie werden kaum im ersten Jahr die 50.000 Euro Umsatzschwelle überschreiten. So können Sie sich also im ersten Jahr mit umsatzsteuerpflichtigem Umsatz entspannt zurücklehnen. Und zwar auch dann, wenn Sie wider Erwarten die 50.000 Euro Umsatz überschreiten, denn dann gilt die Umsatzsteuerpflicht erst ab dem folgenden Jahr. *(bu)*

Das Finanzgericht Köln stellte zu diesem Sachverhalt bereits 2006 fest: „Da es sich bei den Symptomen, die der Kläger behandelt, eindeutig um Krankheitssymptome handelt, ist für die Umsatzsteuerfreiheit nicht ausschlaggebend, dass die Kosten der Heilbehandlung nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden."

Behandlungsvertrag reicht nicht mehr aus

Trotzdem werden die Finanzämter in Hessen ab Januar 2012 Selbstzahlerleistungen genauer daraufhin untersuchen, ob eine Umsatzsteuerbefreiung vorliegt oder nicht. Deswegen ist es wichtig, die Grundlage solcher Leistungen immer durch einen Behandlungsvertrag zwischen Praxis und Patient eindeutig zu klären: Nimmt der Vertrag auf eine ärztliche Diagnose Bezug, liegt in der Regel eine Heilbehandlung vor. Fehlt solch ein Bezug kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine aus der Sicht der OFD umsatzsteuerpflichtige Leistung handelt. Nimmt man die Verfügung der OFD wörtlich, so reicht allerdings auch ein entsprechender Behandlungsvertrag nicht aus – das wird dann wohl vor den Finanzgerichten zu klären sein.

Vermutlich werden auch die Finanzämter in anderen Bundesländern sich der Meinung der OFD Frankfurt anschießen und entsprechend prüfen, inwieweit man hier bundesweit neue Umsatzsteuerquellen erheben kann. Hoffentlich gilt das dann auch für den Teil der OFD-Verfügung, demzufolge „die steuerpflichtigen Leistungen, die typischerweise von Physiotherapeuten oder staatlich geprüften Masseuren erbracht werden und von den Krankenkassen grundsätzlich als Heilmittel anerkannt sind, dem ermäßigten Umsatzsteuersatz" unterliegen. Auch diese Regelung – Physiotherapie und Massagen sind im Falle einer Umsatzsteuerpflicht nur mit derzeit 7 Prozent zu besteuern – ist rechtlich überraschend und wird daher sicherlich noch in einem Verfahren vor den Finanzgerichten überprüft werden. *(bu)*

i Tipp

Stress mit dem Finanzamt vermeiden!

- Das gilt schon immer: Keine Selbstzahlerleistung ohne Behandlungsvertrag. Wenn es sich um eine Heilbehandlung handelt, muss unbedingt auf die Diagnose des Arztes Bezug genommen werden.
- Wem der Behandlungsvertrag nicht sicher genug ist, der lässt sich vom Arzt ein sogenanntes „grünes Rezept" für den Patienten ausstellen (wir berichteten).
- Das Ausstellen von Privatrezepten für Selbstzahlerleistungen wird von manchen Ärzten nicht gern gemacht, weil dann einige gesetzliche Krankenkassen trotzdem die Kosten erstatten und das Budget des Arztes belasten könnten.
- Selbstzahlerumsätze sollten in der Buchhaltung immer auf ein extra Erlöskonto gebucht werden, damit im Zweifel der Nachweis geführt werden kann, wie niedrig der Erlös ist.
- Preise für Selbstzahlerleistungen müssen so kalkuliert werden, dass eine mögliche spätere Umsatzsteuerpflicht bereits berücksichtigt ist: Zielpreis + (19 %?) 7 % = Endpreis für den Patienten
- Wer auf Rechnungen und/oder Quittungen Umsatzsteuer ausweist, muss diese Beträge auch an das Finanzamt abführen – und zwar auch dann, wenn es sich gar nicht um umsatzsteuerpflichtige Leistungen handelt. Wenn also noch nicht wirklich klar ist, ob eine Leistung umsatzsteuerpflichtig ist oder nicht, lieber keine Umsatzsteuer ausweisen.
- Wer Angst vor Nachforderungen durch das Finanzamt hat, der kalkuliert die Umsatzsteuer in seine Selbstzahlerpreise mit hinein und legt die „kalkulatorische Umsatzsteuer" auf sein Konto. Stellt sich später heraus, dass die Umsatzsteuer hätte berechnet werden müssen, ist die Nachzahlung schon auf dem Konto – und wenn nicht, hat man zusätzlich Geld gespart.
- Frühzeitig den Steuerberater einbinden und mit ihm gemeinsam die oben genannten Lösungsmöglichkeiten besprechen und festlegen. *(bu)*

up-premium plus

Die OFD-Verfügung können ***up-premium plus*** Kunden kostenlos als PDF-Datei bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

Nach wie vor zuviele Operationen

Der Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelbericht hatte es bereits angemahnt: Es wird zu viel operiert in Deutschland. Jetzt veröffentlicht auch das Statistische Bundesamt in Wiesbaden seine Zahlen und bestätigt: Die Zahl der Operationen in deutschen Krankenhäusern ist im vergangenen Jahr auf 14,9 Millionen gestiegen, vier Prozent mehr als im Vorjahr.

Rund 47 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren seien im Jahr 2010 in deutschen Kliniken durchgeführt worden. Davon waren knapp ein Drittel Operationen (14,9 Millionen), 26,8 Prozent entfielen auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (12,7 Millionen) und diagnostische Maßnahmen mit 19,9 % (9,4 Millionen), so das statistische Bundesamt. Der Rest verteile sich auf die bildgebende Diagnostik (8,4 Millionen), ergänzende Maßnahmen wie zum Beispiel geburtsbegleitende Behandlungen (1,6 Millionen) sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten (0,3 Millionen).

Am häufigsten wurden Patienten über 65 Jahren (42,2 %) operiert. Ganz oben auf der Operationsliste in dieser Altersgruppe lagen Operationen am Darm, Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk sowie endoskopische Operationen an den Gallengängen. Dagegen führten die arthroskopischen Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken bei den 45- bis 64-Jährigen die Operationsliste an. Auf den weiteren Rängen folgte in dieser Altersgruppe bei den Frauen die Gebärmutterentfernung und bei den Männern der Verschluss eines Leistenbruchs.

Bei Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren standen Operationen im Vordergrund, die im Zusammenhang mit Entbindungen stehen. Bei Männern dieser Altersgruppe erfolgten in erster Linie operative Eingriffe an der unteren Nasenmuschel sowie arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken. *(ks)*

Neue Studie zu Schlaganfall

Gute Prognose für „Bein-Kreuzer“

Wer in den ersten Tagen nach einem schweren Schlaganfall seine Beine übereinanderschlägt, hat deutlich bessere Überlebens- und Genesungschancen. Diesen Zusammenhang haben Forscher am Münchner LMU-Uniklinikum entdeckt und ihre Ergebnisse nun im Fachblatt „Neurology“ veröffentlicht.

„Die Aussagekraft unserer Studie ist wirklich gut“, meinte der Neurologe Dr. Dr. Berend Feddersen in einer Pressemitteilung des Klinikums. Die neue Erkenntnis sei aus einer Zufallsbeobachtung der Ärzte auf der Intensivstation im Klinikum in Großhadern entstanden. Immer wieder hatten Patienten spontan ihre Beine gekreuzt, und „irgendwann hatten wir das Gefühl, dass es genau denen später besser geht als den anderen“.

Der Mediziner und sein Team beobachteten daraufhin insgesamt 68 Schlaganfallpatienten über einen Zeitraum von einem Jahr. 34 von ihnen kreuzten kurz nach dem Schlaganfall spontan ihre Beine, die andere Hälfte konnte das nicht. Alle Patienten waren ungefähr im gleichen Alter und mit schweren Schlaganfällen eingeliefert worden, wurden künstlich beatmet und waren meist bewusstlos. „Alle hatten extrem schlechte Ausgangswerte bei der Aufnahme in unsere Klinik“, so Feddersen weiter.

Ihr Fazit: In der Gruppe der „Bein-Kreuzer“ starb nur ein Patient, in der Vergleichsgruppe dagegen 18. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus hatten sich die „Bein-Kreuzer“ deutlich besser erholt und zeigten weniger neurologische Symptome wie Sprach- oder Bewegungsstörungen. Allerdings zeigten sich diese positiven Effekte nur dann, wenn das Übereinanderschlagen der Beine in den ersten 15 Tagen auftrat. „Wir verfolgen diesen neuen Ansatz in jedem Fall weiter“, erklärte Dr. Dr. Feddersen, „ und wollen die neue Methode noch einmal intensiv mit den etablierten Prognose-Verfahren vergleichen.“ *(ks)*

Service: Ein kostenloses Abstract der Studie „The Crossed Leg Sign Indicates A Favorable Outcome After Severe Stroke“ ist im Internet unter *www.aan.com/go/elibrary/journal* zu finden.

Anhörung zum Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes

G-BA begrüßt Vorab-Praxisbesonderheiten

Geht es nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums, dann wird das neue „Versorgungsstrukturgesetz“ zu Beginn des kommenden Jahres 2012 in Kraft treten. Doch davor hat das Gesetzgebungsverfahren die Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum geplanten Gesetz gesetzt, die jetzt stattgefunden hat. Die für Heilmittelerbringer wichtigen Änderungen wurden durchgängig positiv bewertet.

Über die erfreulichen Änderungen des geplanten „Versorgungsgesetzes“ haben wir bereits im April 2011 berichtet. Diese sehen zum einen die Neuregelung für Versicherte vor, die langfristig Heilmittel benötigen (z. B. Patientinnen und Patienten mit schweren Behinderungen). Diese sollen sich die notwendigen Heilmittel für einen längeren Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen können.

Dazu merkt der G-BA in der Anhörung an, dass genau diese Regelung ja schon in der Neufassung der HeilM-RL aufgenommen worden sei. „Allerdings stößt die in der Heilmittel-Richtlinie erfolgte Einbindung dieses Genehmigungsverfahrens in die erstmalige Verordnung des Vertragsarztes teilweise auf fehlende Akzeptanz von Krankenkassen“, schreibt der G-BA in seiner Stellungnahme und erhofft sich durch die gesetzliche Regelung nun endlich eine bessere Umsetzung. Diese Hoffnung dürfte sich in der Tat erfüllen, weil zwar auch bei diesen chronisch Kranken die Behandlungen vertragsärztlich verordnet werden müssen, allerdings unterliegen die entsprechenden Verordnungen dann nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sollen auch die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt werden, um die Heilmittel verordnenden Ärzte zu entlasten und Verunsicherungen zu vermeiden. Insbesondere soll die Anerkennung von Praxisbesonderheiten vereinheitlicht und erleichtert werden. Ziel ist es, dass Ärzte die medizinisch notwendigen Leistungen verordnen können, ohne befürchten zu müssen, hierfür in Regress genommen zu werden. Auch diese Regelung begrüßt der G-BA ausdrücklich.

Zur Neureglung der HeilM-RL im Sommer hatte der G-BA noch einmal ausdrücklich erklärt, dass der G-BA eben keine Ausführungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen machen könne. „Die Anfügung einer Regelung zur notwendigen Vereinbarung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln wird begrüßt, da sie den bei der Novellierung der Heilmittel-Richtlinie aufgetretenen Rechtskonflikt lösen hilft, wonach in den Richtlinien des G-BA selbst keine in die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V eingreifende Regelung zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolgen kann.“ *(bu)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Ärzte können die medizinisch notwendigen Leistungen verordnen, ohne befürchten zu müssen, hierfür in Regress genommen zu werden.

Planzahlen für 2012

Krankenkassen haben genug Geld

Für das Jahr 2012 sollten alle Krankenkassen über genug Geld verfügen, um den erwarteten Ausgabenanstieg in Höhe von 4,5 Prozent problemlos zu verkraften. Dies sagte der „GKV-Schätzerkreis“ in seiner jüngsten Sitzung voraus.

Der sogenannte „GKV-Schätzerkreis“, der aus Experten des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes und des GKV-Spitzenverbandes besteht, trifft sich, um zu einer einvernehmlichen Prognose der Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu kommen.

Demnach werden in 2012 Einnahmen in Höhe von 185,7 Mrd. Euro erwartet, denen prognostizierte Ausgaben in Höhe von 185,4 Mrd. Euro gegenüberstehen. Die erwarteten Ausgaben in 2012 sind somit rund 4,5 Prozent höher als die erwarteten Ausgaben im laufenden Jahr 2011. *(bu)*

Berufsübergreifenden Austausch verbessern

Der fach- und berufsübergreifende Austausch zwischen den Gesundheitsberufen muss schon in der Ausbildung verbessert werden. Das forderte die Vizepräsidentin der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum im Vorfeld der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) vom 6. bis 8. Oktober in München.

„Der Pfleger muss wissen, was der Physiotherapeut zuvor mit dem Patienten eingeübt und besprochen hat. Die Ergotherapeutin setzt auf dem auf, was der Physiotherapeut erreicht hat“, sagte Professor Dr. Ursula Walkenhorst, Vorsitzende des neu gegründeten GMA-Ausschusses „Interdisziplinäre Ausbildung in den Gesundheitsberufen der Medizin, Pflege und Therapie“ in einer Pressemitteilung der Hochschule.

Das Thema des interprofessionellen Lernens und Lehrens in der Ausbildung und im Studium der Gesundheitsberufe wird auch im Mittelpunkt der Ausschussarbeit stehen. Ziel sei es, die fach- und berufsübergreifende Ausbildung in den akademischen Bereichen zwischen den Gesundheitsberufen in der Medizin, der Pflege, der therapeutischen Berufe (Ergo- und Physiotherapie), der diagnostischen Berufe sowie des Hebammenwesens zu überprüfen. Ferner sollen in einem Positionspapier Empfehlungen für die künftige Inhalts- und Organisationsstruktur erarbeitet werden.

Dieses interprofessionelle Lernen und Lehren sei heute bereits ein zentrales Merkmal der Hochschule für Gesundheit. „Wir haben sechs Module unserer fünf Studiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie als gemeinsame Lernmodule aufgebaut“, so Walkenhorst weiter, „um unsere Studierenden schon früh darauf vorzubereiten, dass sie auch in ihrem Beruf später mit den anderen Gesundheitsberufen gut kommunizieren und Hand in Hand arbeiten werden.“ *(ks)*

Prävention oft Frauensache

Prävention ist oft Frauensache. Das ergab eine Online-Umfrage der KKH-Allianz. Danach waren fünf von sechs Teilnehmern in Entspannungskursen weiblich. Dennoch könnte sich fast jeder zweite Mann vorstellen, einen Präventionskurs zu besuchen – ein Ansporn für Therapeuten, vermehrt Angebote für das starke Geschlecht zu schaffen.

Auch in Bewegungs- und Ernährungskursen hielt sich die Zahl der männlichen Teilnehmer mit 21 bzw. 28 Prozent in Grenzen, hieß es in einer Pressemitteilung der viertgrößten bundesweiten Krankenkasse, die 3.410 versicherte Teilnehmer von Präventionskursen in den letzten zwei Jahren online befragt hatte. Lediglich bei Raucherentwöhnungskursen sei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen weitgehend ausgeglichen.

„Offenbar erreichen die derzeitigen Kursangebote die männliche Bevölkerung nur unzureichend“, meinte Dr. Okyta A´Walelu, Leiterin des Präventionsteams bei der KKH-Allianz. „Zukünftig brauchen wir in diesem Bereich verstärkt Anreize für Männer.“ Das gelte umso mehr, da sich Prävention offensichtlich lohne: Im Schnitt gaben vier von fünf Teilnehmern an, der jeweilige Kurs hätte längerfristig positive Effekte auf ihre Gesundheit gehabt, so die Studie weiter. *(ks)*

kurz & knapp

Baden-Württemberg lobt Präventionspreis aus +++
Die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg vergibt 2012 zum zweiten Mal den „Großen Präventionspreis“. Damit sollen laufende Projekte ausgezeichnet werden, die lebensweltorientiert sind und Möglichkeiten zur Partizipation schaffen. Interessierte Therapeuten können sich noch bis zum 15. November bewerben.

Mit dem „Großen Präventionspreis 2012“, der aufgrund des großen Erfolges in 2011 erneut ausgeschrieben wird, sollen Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg weiter entwickelt und gestaltet werden. Nur so könnten Möglichkeiten zur Partizipation geschaffen werden und Netzwerke entstehen. Angesprochen seien alle Lebenswelten, sowohl die von Kindern und Jugendlichen, von Arbeitnehmern als auch von älteren Menschen.
Der „Große Präventionspreis 2012“ ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert. Die Preisverleihung wird im Mai 2012 stattfinden. Weitere Informationen sowie Bewerbungsunterlagen sind im Internet unter www.präventionsstiftung.bw.de zu finden. *(ks)*

Bundesfinanzhof ändert Rechtsprechung

Prozesskosten steuerlich absetzbar

Die Kosten für Zivilprozesse können unter Umständen von der Einkommensteuer abgesetzt werden. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) in München jetzt entschieden und damit seine bisherige Rechtsprechung geändert. Einzige Voraussetzung: Die Klage muss vor einem Gericht Aussicht auf Erfolg haben.

Bislang konnten Steuerzahler zivile Prozesskosten „nur ausnahmsweise bei Rechtsstreiten mit existenzieller Bedeutung für den Steuerpflichtigen als außergewöhnliche Belastung“ absetzen, heißt es in der BFH-Pressemitteilung. Mit dem jüngsten Urteil haben die Finanzrichter nun entschieden, dass solche Kosten „unabhängig vom Gegenstand des Zivilprozesses“ berücksichtigt werden können. Allerdings müsse die Klage hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten und nicht mutwillig erscheinen.

Im vorliegenden Fall war die Klägerin Anfang 2004 durch eine Krankheit arbeitsunfähig geworden und hatte nach dem Ende der Lohnfortzahlungen Leistungen von ihrer Krankentagegeld-Versicherung erhalten. Sechs Monate später wurde auch die Berufsunfähigkeit diagnostiziert, woraufhin die Versicherung die Zahlungen einstellte mit der Begründung, nach Eintritt der Berufsunfähigkeit bestehe keine Verpflichtung mehr zur Zahlung von Krankentagegeld.

Daraufhin klagte die Frau erfolglos auf Fortzahlung des Krankentagegeldes. Die Prozesskosten von knapp 10.000 Euro wollte sie von der Steuer absetzen. Das Finanzamt und auch das Finanzgericht erkannten die Kosten jedoch nicht an, da die „Klägerin in intakter Ehe lebe und auf ein Familieneinkommen von etwa 65.000 Euro zurückgreifen könne“, heißt es weiter.

Der Bundesfinanzhof als oberstes deutsches Steuergericht hob das Urteil auf und entschied sich zugunsten des Steuerzahlers. Er verwies den Fall zurück an das Finanzgericht, das nun prüfen muss, ob die damalige Klage hinreichend Aussicht auf Erfolg gehabt habe. Wie viel im Einzelfall absetzbar ist, hängt vom Familienstand und vom zu versteuernden Jahreseinkommen ab. Betroffene können damit auch Kosten im Familienrecht für Prozesse um Unterhalt, Zugewinn und Sorgerecht steuerlich absetzen. (Az.: VI R 42/10). *(ks)*

Mietvertrag für Gewerberaum

Intransparente Kosten müssen nicht gezahlt werden

Auch ein Mietvertrag für einen Gewerberaum muss transparent sein. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat jetzt entschieden, dass zusätzlich zu den Kosten der „Verwaltung“ nicht auch noch die nicht näher erläuterten Kosten für das „Center-Management“ auf die Mieter umgelegt werden können. Eine solche Klausel im Mietvertrag sei „intransparent und daher unwirksam“.

Im vorliegenden Fall hatte die Mieterin eines Ladenlokals in einem Einkaufszentrum die Nebenkostenabrechnung für das Jahr 2006 um knapp 16.000 Euro gekürzt. Sie wehrte sich dagegen, dass laut Mietvertrag „sämtliche Nebenkosten, insbesondere alle Kosten des Betriebes und der Instandhaltung der technischen Anlagen anteilig auf die Mieter umgelegt werden“. Neben den Kosten für Heizung, Hausmeister und Stromversorgung der Gemeinschaftsanlagen war auch der nicht näher erläuterte Posten „Center-Management und Verwaltung“ aufgeführt.

Der BGH wies die Klage des Einkaufszentrums als Vermieter ab. Grundsätzlich stellten die obersten Richter zwar fest, dass „eine in einem gewerblichen Mietverhältnis vereinbarte Formularklausel zur Umlage der Kosten der kaufmännischen und technischen Hausverwaltung nicht gegen das Transparenzgebot gemäß § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB verstoße. Der Vermieter könne die Verwaltungskosten im Rahmen des Ortsüblichen und Notwendigen umlegen“, heißt es in der BGH-Entscheidung.

Allerdings seien die unter der Position „Centermanagement“ abgerechneten Kosten nicht umlagefähig, denn der Begriff sei nicht ausreichend bestimmt, entschieden die Richter. Es sei nicht ersichtlich, welche Kosten hier einbezogen oder welche Leistungen dem Inhalt nach hiervon erfasst werden sollen. Es könnten in der Abrechnung auch „Aufwendungen für Marktanalysen, Ermittlung von Kundenwünschen, Werbe- und PR-Maßnahmen, Dekoration, Veranstaltungen sowie sonstige Profilierungsmaßnahmen“ enthalten sein. So könnten „hierunter entstehenden Kosten auch nicht im Groben abgeschätzt werden und sind deshalb intransparent“.

Der Umstand, dass die Mieterin über zehn Jahre lang die Kosten des Centermanagements unbeanstandet ließ und die Nachzahlungen für die Nebenkosten beglich, „begründe auch keine eigenständige stillschweigende Umlagevereinbarung“ zwischen den Mietparteien, hieß es in der BGH-Entscheidung. (Az.: XII ZR 205/09). *(ks)*

Gesunder Ausgleich zum stressigen Büroalltag

„Fitness für Büro-ler“

„Keine Zeit für Sport“, hört man oft von den sogenannten Workaholics, die sich neben ihrem Job kaum Freizeit gönnen und sich häufig nur wenig bewegen. Das kannte die Essener Physiotherapeutin Ina Jerghoff aus eigener Erfahrung. Um sich selbst zu mehr Bewegung zu motivieren, entwickelte sie das Trainingskonzept „Fitness für Büro-ler“, ein ganzheitliches Selbstzahler-Programm für Bewegungsmuffel aus dem Büro.

Der Selbstzahler-Kurs Fitness für Büro-ler richtet sich an alle, die sich berufsbedingt nur wenig bewegen und sich nach Büroschluss noch aufraffen wollen, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Bevor das eigentliche Trainingsprogramm startet, wird eine halbe Stunde im benachbarten Wald gewalkt, je nach individuellem Leistungsstand.

Danach folgt das 45-minütige Trainingsprogramm: Kräftigungsübungen zur Stärkung der Muskulatur, mit Schwerpunkt auf die Wirbelsäulenmuskulatur, Gleichgewichts-, Koordinations- und Entspannungsübungen. Insgesamt 75 Minuten, einmal pro Woche, zehn Wochen lang investieren die Bürohengste in ihre Gesundheit. Als zusätzlichen Service erhalten die Teilnehmer eine Sammlung der Übungen für Zuhause. Ein Teil davon kann auch im Büro während der Pause durchgeführt werden. Die Kursgebühr beträgt 110 Euro. 75 Prozent der Kosten werden von den Krankenkassen in der Regel als Präventionsleistung bezuschusst.

Ganzheitlicher Präventionsansatz

„Bei mir lernt man nicht, wie man einen Kasten Bier richtig trägt“, erklärt die 53-jährige Praxisinhaberin, die im Mai 2004 ihre Praxis in Essen-Bredeney eröffnete und inzwischen von einer Physiotherapeutin, einem Masseur und Lymphdrainagetherapeuten sowie einer Psychoonkologin unterstützt wird. Ihr Kurs sei wesentlich komplexer als das. Elemente aus Pilates, Feldenkrais, Yoga und Relaxation nach Jacobsen flößen mit in das Konzept ein.

Nach dem Feierabend ab zur Physiotherapeutin: Die Teilnehmer trainieren gezielt ihre Muskulatur.

Wer sich bei Ina Jerghoff anmeldet, absolviert zunächst einen Gesundheitscheck. „Ich muss mich über den aktuellen Trainingsstand jedes Einzelnen informieren, nur so kann ich jeden individuell betreuen." Das ist durchaus möglich, da sie nur maximal acht Teilnehmer in eine Gruppe nimmt. So kommen nicht nur solche zu ihr, die vorbeugend etwas für ihre Gesundheit tun wollen, sondern auch solche, die bereits körperliche Beschwerden haben.

Kurs erweist sich als Selbstläufer

Für ihren Kurs „Fitness für Büro-ler" wirbt Jerghoff ausschließlich in ihrer Praxis. „Anfangs habe ich mehr Werbung betrieben", erinnert sie sich, „aber inzwischen ist der Kurs ein Selbstläufer." Die Mund-zu-Mund-Propaganda sei immer noch die beste Reklame, ist die Therapeutin überzeugt. Inzwischen sind ihre beiden wöchentlich stattfindenden Kurse, die ganzjährig laufen, immer ausgebucht. Von den 16 Teilnehmern aus zwei Gruppen machen rund zehn nach Abschluss des ersten Kurses, weiter – auf eigene Kosten, freut sich die Praxisinhaberin, die seit über 20 Jahren als Physiotherapeutin arbeitet.

Nur während der Sommerferien bietet sie nur einen Kurs an. Das liegt daran, dass unter ihren Teilnehmern viele Lehrer sind, aber auch Architekten und Lektoren. Im Schnitt sind die „Büro-ler" zwischen 35 Jahre und Mitte 50. Der Akademiker-Anteil sei etwas höher, sagt sie, das liege aber an dem Praxis-Standort in Essen-Bredeney. Das mag auch ein Grund sein, warum viele dabeibleiben und den Kurs aus eigener Tasche zahlen. *(ks)*

Kontakt: Praxis für Physiotherapie, Ina Jerghoff, Einigkeitsstraße 23, 45133 Essen-Bredeney, Tel: 0201-4361830, E-Mail: info@physiotherapie-jerghoff.de, www.physiotherapie-jerghoff.de

Physiotherapeutin Ina Jerghoff bietet Präventionskurse für gestressten Büro-ler an.

Strategisch zur optimalen Praxisauslastung

Zuweisermarketing professionalisieren

In Zeiten drohender Heilmittelregresse und hoher Therapiepraxisdichte gewinnt das Zuweisermarketing immer mehr an Bedeutung. Denn Ärzte verordnen aus Angst vor Regressen zum Teil sehr verhalten, manchmal sogar gar nicht mehr. Um konstruktiv mit dieser Problematik umzugehen und die Praxis auszulasten, können Praxisinhaber an der Stellschraube „Zuweisermarketing" drehen. Wir zeigen, wie das geht.

Der Bundesgerichtshof hat Anfang des Jahres in zwei Urteilen den rechtlichen Rahmen für das Zuweisermarketing zwischen Ärzten und Leistungserbringern festgelegt (wir berichteten). Demnach darf ein Arzt aktiv und ohne hinreichenden Grund keine Empfehlungen aussprechen. Liegt allerdings ein medizinisch notweniger Grund vor, wie zum Beispiel die Notwendigkeit einer bestimmten Therapiemethode, oder wünscht der Patient ausdrücklich eine Empfehlungen, darf der Arzt einen Leistungserbringer empfehlen. Das ist auch dann der Fall, wenn der Patient zum Beispiel ausdrücklich eine kostengünstige Versorgung wünscht. Es lohnt sich also, eine konkrete Strategie für das eigene Zuweisermarketing zu erarbeiten.

1 DIE STRATEGIE

Arzt ist nicht gleich Arzt – die Unterschiede bei der Zusammenarbeit mit den einzelnen Arztpraxen kennt jeder Therapeut aus der täglichen Praxis. Deshalb beginnt die Erarbeitung einer Zuweisermarketing-Strategie mit einer strategischen Marktanalyse in mehreren Schritten.

Marktpotential bestimmen:

Bestimmen Sie das für Ihre Praxis relevante Einzugsgebiet. Abhängig vom Grad Ihrer Spezialisierung wird dieses Gebiet größer oder kleiner sein. Dann stellen Sie fest, welche Arztpraxen in diesem Einzugsgebiet liegen und wie viele dieser Ärzte mit welcher Fachrichtung mit Ihrer Praxis arbeiten. So können Sie dem Arzt ein rechnerisches Heilmittelverordnungsvolumen für den entsprechenden Fachbereich zuordnen. Durchschnittswerte dazu finden Sie zum Beispiel im Internet (www.gkv-his.de) oder über die Ermittlung der Fallzahlen und Richtgrößen der jeweiligen Arztpraxis. Die Gesamtsumme des rechnerisch möglichen Heilmittelverordnungsvolumens Ihres Einzugsbereichs stellt das Marktpotential für Ihre Praxis im Bereich der Kassenleistungen dar. Das Marktpotential im Bereich der Privatpatienten ergibt sich aus den Anteilen an Privatpatienten der einzelnen Arztpraxen.

Zuweiserbeziehungen analysieren:

Werten Sie Ihre internen Statistiken quantitativ aus! Welche Ärzte verordnen welche Leistungen? Mit welchen Ärzten machen Sie wie viel Umsatz? Erstellen Sie Ihre Top-10-Zuweiser-Liste. Machen Sie im Anschluss eine qualitative Auswertung: Welche Ärzte fordern Arztberichte an? Bei welchen Ärzten gibt es Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls? Welche Ärzte gehen auf die Vorschläge der Therapeuten ein? Welche Ärzte schicken mehr Privat- als Kassenpatienten? Welche schicken keine Privatpatienten? Welche Ärzte melden sich von sich aus, rufen an etc.? Welche Ärzte schöpfen den Regelfall des Heilmittelkatalogs aus und welche bleiben immer unterhalb der möglichen Verordnungsmenge?

Zuweiser kategorisieren:

Damit die Zuweisermarketing-Aktivitäten zielgerichtet und damit wirtschaftlich sind, können Sie Ihre Ärzte in Kategorien einteilen. Eine Möglichkeit ist, Ärzte nach den Größen „Kooperationsbereitschaft" und „Zuweisungsintensität" zu sortieren. Die Kooperationsbereitschaft des jeweiligen Arztes zeigt sich zum Beispiel durch die Art der Zusammenarbeit oder dem Umgang mit dem Thema Arztbrief. Um eine Einordnung auf einer Skala von „niedrig bis hoch" vornehmen zu können, nutzen Sie die beschriebenen qualitativen Faktoren (siehe Zuweiserbeziehungen analysieren). Die Zuweisungsintensität misst auf einer Skala von niedrig bis hoch, wie viele Patienten tatsächlich von einem Arzt bzw. einer Arztpraxis Ihrer Praxis zugeordnet werden.

i Tipp

Die fünf Instrumente des Zuweisermarketings

Wie kann ich einen Arzt dazu bringen...

- mit welchem Angebot (Produktpolitik), zu welchem Preis (Preispolitik),
- an welchem Ort/auf welche Art (Distributionspolitik),
- durch welche Form der Kommunikation (Kommunikationspolitik),
- mit welchen persönlichen Beziehungen (Beziehungsmanagement)
- sich so an meine Praxis zu binden, dass er aktiv Patienten schickt?

2 DIE ZIELE UND INSTRUMENTE

Marketingaktivitäten und damit auch das Zuweisermarketing werden klassisch in vier, beziehungsweise fünf Dimensionen/Instrumente eingeteilt.

Produktpolitik

Bei der Frage, welche Produkt-/Dienstleistungsangebote eine Praxis machen kann, geht es primär darum, diejenigen Leistungen anzubieten, die zu den fachlichen Schwerpunkten des Arztes passen: zum Beispiel Manuelle Therapie für den Orthopäden oder Bobath für den Neurologen. Auch die Zusicherung, dass besonders ausgebildete Therapeuten zur Behandlung eingesetzt werden, kann ein Aspekt der Produktpolitik sein. Dienstleistungen bestehen zudem auch immer aus Service. Insofern könnte eine aktive Produktpolitik auch darin bestehen, die Verfügbarkeit der Leistung für einzelne Ärzte zu erhöhen. Beispiel: Patienten aus einer bestimmten Arztpraxis erhalten ihren ersten Termin innerhalb von 24 Stunden.

Preispolitik

Die Möglichkeiten, die Zuweiseraktivitäten der Ärzte über den Preis für Therapieleistungen zu steuern, sind gering. Einige Praxen erreichen einen gewissen Zulauf von Privatpatienten, indem sie die beihilfefähigen Höchstbeträge berechnen und damit den Privatpatienten die Eigenbeteiligung ersparen. Manche Ärzte schätzen solche Aktivitäten. Der Nachteil liegt auf der Hand: Die Preise bleiben unter den üblichen Sätzen! Eine andere Form aktiver Preispolitik besteht darin, die deutlich höchsten Preise am Ort zu berechnen. Das könnte ebenfalls im Hochpreissegment tätige Ärzte dazu veranlassen, Patienten gezielt zu überweisen.

Distributionspolitik

Mit der Distributionspolitik steuern Sie die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit Ihres Therapieangebotes. Für Patienten sind die kritischen Faktoren der Erreichbarkeit Öffnungszeiten, Parkplätze, Hinweisschilder und Ähnliches. Für Patienten und zuweisende Ärzte gleichermaßen wichtig ist die telefonische Erreichbarkeit. Clevere Praxisinhaber richten zum Beispiel eine spezielle Ärztehotline ein, deren Nummer nur den zuweisenden Ärzten bekannt ist. Patienten bekommen die übliche Praxisnummer und landen unter Umständen auf dem Anrufbeantworter, während Ärzte jederzeit mit den Therapeuten kommunizieren können.

Kommunikationspolitik

Zu der Kommunikationspolitik zählt alles, was im klassischen Sinn unter Werbung und Öffentlichkeitsarbeit verstanden wird, unter anderem auch strategische Entscheidungen über zum Beispiel Form und inhaltliche Ausrichtung von Arztbriefen. Es gibt es eine Fülle von Maßnahmen, die Praxischefs nutzen können: Homepage im Internet, Qualitätsbericht der Therapiepraxis, gesponserte Fortbildungen für Ärzte zum Thema Heilmittelregress, etc. Die Kommunikationspolitik vieler Praxen ist allerdings oft wenig spezifisch. So gibt es zum Beispiel oft nur eine Praxisbroschüre, die allen Kommunikationspartnern überreicht wird. Aus Sicht des Zuweisermarketings sollte hier differenzierter gearbeitet werden. Eine spezielle Arztbroschüre leistet zum Beispiel wertvolle Dienste, wenn es darum geht, Ärzte auf die Vorteile der eigenen Praxis aufmerksam zu machen.

Beziehungsmanagement

Das wichtigste Instrument beim Zuweisermarketing ist selbstverständlich die Pflege guter Beziehungen zu den zuweisenden Ärzten, mit dem Ziel diese an die Praxis zu binden. Dabei geht es in der Regel um den Aufbau persönlicher Beziehungen zwischen den Praxisinhabern. Auch die Arzthelferinnen sind eine wichtige Zielgruppe bei der Pflege von Beziehungen. Ideal ist es, wenn die Therapiepraxis von den zuweisenden Ärzten als Fachexperte, beziehungsweise als Mitbehandler wahrgenommen wird. *(bu)*

Werbeidee für die Praxis

Mit Newsletter bei Patienten und Ärzten präsent bleiben

Sie sind aus der modernen Kommunikation nicht mehr wegzudenken, die Newsletter als elektronische Rundbriefe. Auch Physiotherapeut Wolfgang Herrle aus Rain am Lech begeisterte sich für diese Idee und verschickt die neuesten Praxis-Infos nicht nur an seine Patienten sondern auch an Ärzte per Mail.

Erstellt wird sein Newsletter von Christine Zacharias, die sich 2009 mit ihrer Geschäftsidee „Newsletter“ selbständig machte und inzwischen rund 45 Kunden aus der Gesundheitsbranche betreut. Die Auflage reicht von 30 bis 3.000 Stück pro Monat, freut sich die 38-jährige Geschäftsfrau, die sowohl große Gesundheitszentren mit mehreren Standorten als auch kleine Therapiepraxen zu ihrem Kundenkreis zählt.

Basisbeiträge und eigene Texte

Jeden Monat stellt die gelernte Diplomverwaltungsfachwirtin ihren Kunden einen vierseitigen Newsletter zur Verfügung – fertig gedruckt in der gewünschten Stückzahl und/oder auch als pdf-Version. Dieser beinhaltet Basisbeiträge zu aktuellen Gesundheitsthemen und Ernährungstipps. Komplettiert wird der Rundbrief durch das Firmenlogo des jeweiligen Kunden. Darüber hinaus steht es jedem frei, eigene Artikel und Fotos zu veröffentlichen, die bis zum 20ten des Vormonats per Mail bei ihr eingegangen sein müssen.

Eine Chance, die Wolfgang Herrle gerne nutzt, da er selbst viel im Internet surft. „Finde ich einen interessanten Artikel, der zu meinem Praxisangebot passt, schreibe ich darüber.“ Per Mail gehen die Texte an Christine Zacharias, die sie – eventuell gekürzt – in seinem Newsletter platziert. Gleichzeitig weist der 55-jährige, der seit 1980 als Physiotherapeut arbeitet, immer wieder auf neue Praxis-Angebote hin und stellt neue Mitarbeiter vor. „Ein gutes Konzept“, so Herrle, „und gegenüber anderen Medien eine kostengünstige Variante“.

REHA-Fit Service

News September 2011

Liebe Kunden und Patienten!

Wir freuen uns, dass wir Ihnen unseren Newsletter präsentieren dürfen. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Wolfgang und Veronika Herrle

Wussten Sie eigentlich, dass Sie nicht die einzigen sind, die sich sportlich betätigen und somit fit halten?

Auch in der Tierwelt gibt es so manche Sportikanone.

Spontan denkt man da sicherlich an Pferde, die dem Menschen mitunter als „Sportgerät“ fungieren.

Oder vielleicht an den besten Freund des Menschen, den Hund.

Hundeübungsplätze mit diversen Spiel-, Spaß- und Sportgeräten kennt man ja schließlich.

Aber auch Eichhörnchen, die wohl bekanntesten und auch beliebtesten einheimischen Nagetiere, sporteln sich durch den Tag.

Der „Eichhörnchen-Sport“ besticht durch gewagte Sprünge von Baum zu Baum. Dabei nutzen die kleinen, rot-braunen Turner ihren bis zu 25 Zentimeter langen Schwanz geschickt als Sportgerät.

Bei gewagten Hüpfern auf dünnenen Ästendient er als Balancierstab, bei Sprüngen in die Tiefe sogar als Fallschirm.

Flink und geschickt klettern sieen Baumstämmen hoch, um kurze Zeit später kopfüber wieder hinunter zu huschen.

Eichhörnchen sind immer in Bewegung. Wie Geräteturner können sie bei Sprüngen von Ast zu Ast problemlos eine Distanz von mehreren Metern überwinden. Beim Klettern halten sie sich mit ihren scharfen Krallen an der rinde fest.

nicht zum Vergnügen, so wie wir Menschen.

Gerade im Sommer sind sie ständig auf Nahrungssuche, denn sie müssen sich bereits jetzt den Winterspeck anfutern.

Erst, wenn die Tage wieder kürzer werden, sieht man die frechen Kletterer wieder seltener.

Auch bei Regenwetter verlassen die tierischen Sportler ihr Nest nur ungern. Dann lassen sie sich oft tagelang nicht blicken.

Aber das geht uns ja nicht anders!

Also, achten Sie beim nächsten Spaziergang doch mal darauf, ob Sie ein Eichhörnchen mit Balancierstag oder Fallschirm erspähen.

In diesem Sinne, einen schönen September!

Erscheinungsweise wählbar

Für die Erstellung des vierseitigen Newsletters zahlt der Kunde als pdf-Datei monatlich 40 Euro. Bei einer Auflage von 50 Stück kostet er 55 Euro, bei 100 Stück 70 Euro. Für weitere 50 Stück muss jeweils 15 Euro gezahlt werden – alle Preise zuzüglich Versand und 7 Prozent Mehrwertsteuer. Auch die Erscheinungsweise legt der Kunde fest, monatlich oder vier Mal pro Jahr. „Die Lieferung ist jederzeit kündbar“, erklärt Christine Zacharias, „ich richte mich ganz flexibel nach den Kundenwünschen.“

Der Aufwand sei nicht groß, beteuert Praxisinhaber Herrle, der inzwischen 25 Mitarbeiter in seinem Reha-Fit Gesundheitszentrum beschäftigt. Seine Abteilungsleiterin Tina Rappel kümmert sich um die Einstellung der gewünschten Artikel und Fotos. Jüngste Neuerung: Seit Ausgabe 9/2011 begrüßen Wolfgang und Veronika Herrle persönlich ihre Leser: „Wir freuen uns, dass wir Ihnen unseren Newsletter präsentieren dürfen. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre“, heißt es unter ihrem Foto.

Regelmäßig bestellt der Therapeut etwa 100 Printexemplare, bei besonderen Aktionen oder auch zu Weihnachten auch zwischen 150 und 250 Stück. Die Verteilung des Newsletters übernehmen die Damen der Rezeption. „Bei uns kommen pro Tag etwa 250 Patienten“, erläutert Verwaltungschefin Tina Rappel, „jeder Zweite liest sicher unseren Newsletter, aber leider nehmen ihn immer noch nicht alle mit nach Hause.“ In der Regel seien am Monatsende alle Ausgaben verteilt, sollte noch ein Bedarf vorliegen, könne völlig problemlos nachbestellt werden.

Kostenloser Versand als pdf-Datei

Gleichzeitig werde auch zunehmend die Versendung per E-Mail genutzt – hier können beliebig viele als pdf-Datei versandt werden – ohne weitere Kosten! Einzige Anschaffung, so Tina Rappel: Ein E-Mail-Verteiler-Programm der Luxusklasse zum Preis von rund 200 Euro, das sich auf der Homepage integrieren lasse. *(ks)*

Kontakt: Christine Zacharias, Frahmredder 15, 22949 Ammersbek, Tel.: 04532-2809841, Fax: 04532-2809845, E-Mail: christine.zacharias@me.com, www.rehasport-newsletter.de

Weihnachtsmarketing

Sechs Regeln für das richtige Schenken

Jedes Jahr im Dezember stapeln sich auf vielen Rezeptionen in Heilmittelpraxen zahlreiche Weihnachtspräsente: Schokoladenadventskalender, Weinflaschen, Kunstkalender und andere Aufmerksamkeiten von Geschäftspartnern als Dank für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Weihnachtszeit ist Geschenke-Zeit. Doch wie schenkt man eigentlich richtig? Was muss man dabei beachten? Und in welche Geschenke-Fallen sollte man lieber nicht tappen. Sechs Regeln für das richtige Schenken im Praxiskontext.

Erste Regel: Zielgruppe festlegen

Ein Geschenk für alle gibt es nicht! Nur wer die Bedürfnisse seiner Zielgruppe wirklich kennt, kann auch das passende Geschenk finden. Überlegen Sie also, wen Sie beschenken wollen.

Zweite Regel: Schenken nicht mit Bestechen verwechseln

Öffentliche Einrichtungen, die z. B. Träger von Altenheimen sind, verbieten schon seit Jahren ihren Mitarbeitern, Geschenke anzunehmen. Wer dagegen verstößt, verliert seinen Job. Auch bei privaten Arbeitgebern gilt: Arbeitnehmer, die ihrem Arbeitgeber teure Geschenke nicht melden, verletzen das Treue- und Fürsorgeprinzip des Arbeitsvertrages. Generell gilt: Je mehr Entscheidungsbefugnis jemand hat, desto eher wird man bei einem teuren Geschenk davon ausgehen, dass hier nicht beschenkt, sondern bestochen wird.

Dritte Regel: Steuerliche Aspekte berücksichtigen

Geschenke-Fallen gibt es auch im steuerlichen Bereich. Das Steuerrecht schreibt vor, dass erhaltene Geschenke als steuerpflichtige Betriebseinnahmen zu behandeln sind, wenn sie in einem betrieblichen Zusammenhang stehen. Eine Regelung, die in der Realität allerdings bisher nicht umgesetzt wurde, weil der Empfänger in der Regel nicht weiß, wie viel das Geschenk wert ist. (siehe Kasten)

Vierte Regel: Gute Gefühle machen

Geschenke sollen überraschen und eine positive Emotion beim Empfänger auslösen. Damit bleibt der Schenker im Bewusstsein des Beschenkten und das auch noch nach Weihnachten. Mit Weinflaschen überraschen Sie vermutlich nur die Menschen, die noch nie von Ihnen etwas bekommen haben. Damit ein Geschenk eine Überraschung wird, muss das Geschenk unerwartet sein: Entweder überrascht das Geschenk selbst, oder der Zeitpunkt des Schenkens überrascht.

Fünfte Regel: Zusatznutzen produzieren

Das Geschenk sollte über den emotionalen Effekt hinaus idealerweise beim Beschenkten noch einen Nutzen produzieren. Es soll also nicht nur ein „Danke, dass Sie an mich gedachten haben"-Effekt entstehen, sondern die Beschenkten sollen sich auch noch darüber freuen, WAS sie geschenkt bekommen haben. Deswegen muss das Geschenk in der Welt des Beschenkten einen Nutzen haben.

Sechste Regel: Geschenke immer mit Absender

Alle Geschenke dieser Welt sind überflüssig, wenn nicht klar ist, von wem das Geschenk kommt. Ein kleines Schild mit Absender oder Praxislogo und Adresse an dem Präsent lässt den Beschenkten wissen, von wem es kommt. *(bu)*

i Tipp

Das Geschenk im Steuerrecht

Geschenke bis zu einem Höchstbetrag von 35 Euro im Jahr pro Beschenkten sind als Betriebsausgabe abzugsfähig. Geschenke über 35 Euro pro Jahr und Beschenkten werden als nicht abzugsfähige Betriebsausgabe dem steuerpflichtigen Gewinn hinzugezählt. (§ 4 Abs. 5 Nr. 1 EStG).

Geschenke mit einem Wert von unter 10 Euro gelten als „Streuwerbeartikel" – egal, ob sie an Arbeitnehmer oder Geschäftsfreunde verschenkt werden (BMF-Schreiben vom 29.4.2008, BStBl. 2008 I S. 566 Rn. 10). Sie gelten als Betriebsausgaben und müssen nicht extra versteuert werden.

Theoretisch müssen Beschenkte die erhaltenen Geschenke als Betriebseinnahme versteuern, auch wenn das in der Praxis oft vergessen wird. Durch die sogenannte Pauschalierungsmöglichkeit kann der Schenker eine Pauschalsteuer in Höhe von 30 Prozent für den Beschenkten übernehmen. Die Pauschalierung erhöht sich um die damit verbundenen Nebensteuern, wie Kirchensteuer oder Solidaritätszuschlag.

Nicht von der Pauschalsteuer betroffen sind Betriebsveranstaltungen, wie zum Beispiel Weihnachtsfeiern, Annehmlichkeiten an Arbeitnehmer, Firmenwagenüberlassung und Warengutscheine. Allerdings kann man das Wahlrecht, ob pauschaliert werden soll, nur einheitlich ausüben. Das heißt, man muss sich entscheiden, ob die Pauschalierung auf alle Geschenke erfolgt oder nicht. Kann der Empfänger des Geschenks dieses nur betrieblich und nicht privat nutzen, entfällt das Abzugsverbot. Die Freigrenze von 35 Euro ist bei diesen Geschenken nicht anzuwenden.

Kunden werben Kunden...

up-premium

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
360°-Segeltuchtasche „Tender“

☐ Prämie 2:
Pantone Espressotassen – Set 2009

☐ Prämie 3:
Energie-Sparleuchte „MAULforte“
inkl. Energiespar-Tageslicht-Leuchtmittel

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium“** (ehemals up-unternehmen praxis) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

up-premium plus

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
Staubsaug-Roboter „iRobot Roomba 531“ – *Sauberkeit von Zauberhand*

☐ Prämie 2:
Luftbefeuchter „Oskar“ – *für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz und silbergrau erhältlich*

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium plus“** (ehemals praxiswissen24) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

Neukundenangebot:

☐ Ich möchte **„up-premium“** ab der nächsten Ausgabe zum 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.

☐ Ich möchte **„up-premium plus“** ab dem kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Das Abonnement ist drei Monate vor dem Vertragsablauf kündbar. Die Vertragslaufzeit beträgt zwölf Monate.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Faxnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse

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 an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-135 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