01.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für up-premium plus Kunden:
Marketingplan 2012

GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG)

Flickwerk bei Heilmitteln beschert Ärzten regressfrei

Der Deutsche Bundestag hat am 1.12.2011 das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)“ beschlossen. Für Heilmittelerbringer bringt dieses Gesetz wichtige Veränderungen: Chronisch Kranke werden leichter Heilmittel-Verordnungen bekommen, die sogenannten Vorab-Praxisbesonderheiten werden bundesweit vereinheitlicht, Ärzte bekommen bei Überschreiten der Richtgrößen eine zweijährige Schonfrist und Zuwendungen an verordnende Ärzte sind zukünftig verboten.

Nach langer Debatte hat der Deutsche Bundestag nun das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)“ mit Gültigkeit zum 1.1.2012 beschlossen. Damit soll sichergestellt werden, dass Ärzte auch auf dem Land verfügbar sind. Zudem soll zukünftig mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zu einer besseren Versorgung der Patienten führen. In diesem Zusammenhang sind auch wichtige Änderungen für den Bereich der Heilmittelerbringer beschlossen worden.

Regressgefahr bleibt bestehen

Das Gesetz regelt unter anderem die verbesserte Versorgung von chronisch Kranken mit Heilmittel-Verordnungen. Es schafft die Voraussetzungen für Kassen und Ärzte, um sich auf bundeseinheitliche Vorab-Praxisbesonderheiten zu einigen. Besondere Regelungen zum Thema „Heilmittel-Regress“ sollen „Erst-Täter“ davor bewahren, sofort in Regress genommen zu werden. Das wird für spürbare Erleichterung bei den Ärzten sorgen.

Doch leider ändern diese Regelungen nichts an dem Problem, dass Heilmittel verordnende Ärzte durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Regressgefahr schweben. Auch wenn für chronisch Kranke und einige andere Patientengruppen zukünftig ohne Belastung des Budgets verordnet werden kann, gibt es trotzdem nicht mehr Geld im Heilmittelhonorar-Topf. Denn das, was für chronisch Kranke und bei den Vorab-Praxisbesonderheiten verordnet wird, muss bei der Höhe der Richtgrößen berücksichtigt werden. Die jeweiligen Richtgrößen werden – vermutlich deutlich – kleiner. Das Gesetz führt also letztlich zu einer Verlagerung von den Verordnungen hin zu den (extrabudgetären) chronisch Kranken und weg vom (regressbedrohten) Normalfall.

Gesundheitspolitik ohne Konzept: In der Zukunft werden Probleme gelöst, deren Ursachen weiterhin bestehen.

Obwohl das Gesetz vom Titel her den Anspruch auf Strukturveränderungen erhebt, werden genau diese strukturellen Probleme der Heilmittelversorgung der Bevölkerung nicht gelöst. Denn nach wie vor gilt, >>>

Aktuell

GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG)
Die wichtigsten Änderungen im Detail 8

Neufassung der Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V
Verhandlungen werden aktuell nicht fortgeführt 12

Schwerpunkt

Finanzverwaltungen der Länder sind sich einig
Umsatzsteuerpflicht bei Therapie ohne Verordnung 3

Wenn die Finanzbehörden die Steuerschraube anzieht
Umsatzsteuer-Prävention 4

Risikocheck Umsatzsteuer 7

Tipps

Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen
Dritte Auflage liegt vor 22

Checkliste zum Jahresabschluss 23

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

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

Kommentar

Absetzung trotz Behandlungsfalls?

Die Rechnungskürzungen wegen angeblich oder tatsächlich ungültiger Verordnungen war eines der großen Themen des Jahres 2011. Stets und ständig wurde erklärt und geurteilt, was denn nun auf einer Verordnung stehen muss und was nicht. Doch in allen Debatten, Listen und Urteilen wird ein wesentliches Element der Heilmittel-Richtlinie ausgeblendet: der Behandlungsfall.

Nach der HeilM-RL gilt jede Verordnung nach einer Erstverordnung zur Behandlung derselben Erkrankung als Folgeverordnung/VO außerhalb des Regelfalls. Fehlt allerdings zum Beispiel auf der dritten Folgeverordnung eines chronisch kranken Patienten außerhalb des Regelfalls die medizinische Begründung, wird die durchgeführte Behandlung nicht bezahlt, obwohl die Diagnosengruppe oder die medizinische Begründung ohnehin immer dieselbe ist.

Wenn man in einem solchen Fall bei einer Abrechnungsprüfung so tut, als würde es sich um eine einzelne Verordnung ohne Zusammenhang zu den anderen Verordnungen handeln, dann ist das einerseits eine krasse Missachtung der HeilM-RL, andererseits ein Verstoß gegen Treu und Glauben. Denn es gibt inhaltliche Zusammenhänge, die im Rahmen einer Verordnungsprüfung nicht einfach ignoriert werden dürfen!

Bei den Gesprächen mit dem GKV-Spitzenverband muss durchgesetzt werden, dass endlich auch der Behandlungsfall bei der Verordnungs-Prüfung eine Rolle spielt. Damit dürften sich dann in 2012 mindestens die Hälfte aller Absetzung erübrigen.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung Seite 1

dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) den Ärzten zwar vorschreibt, bei welcher Indikation Heilmittel in welchem Umfang zu verschreiben sind. Auf der anderen Seite aber müssen dieselben Ärzte sich für die Einhaltung von Richtgrößen verantworten. Diese unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland erheblich und sind zu keinem Zeitpunkt der Höhe nach mit dem in der HeilM-RL festgeschriebenen Bedarf abgestimmt worden. Das hat folgenden Hintergrund: mit Einführung der HeilM-RL im Jahr 2001 war ursprünglich eine Begleitforschung vereinbart worden, die die medizinische Sinnhaftigkeit der in den Heilmittel-Katalogen festgelegten Verordnungsvorgaben für Ärzte überprüfen sollte. Die Ergebnisse dieser Begleitforschung hätte die Heilmittelausgabenvolumen der einzelnen Bundesländer medizinisch sinnvoll anpassen können. Allerdings wurde damals leider von Kassen und Ärzten darauf verzichtet. Man einigte sich billig: Kosten für Forschung sparen (Kassen), dafür ein Jahr ohne Heilmittel-Regress (Ärzte). Das heutige Ergebnis dieser Einigung ist, dass die Heilmittelausgaben je Versicherten ohne erkennbaren medizinischen Grund zum Beispiel in Hamburg 181 Prozent über den Werten von Versicherten in Westfalen-Lippe liegen.

Diese grundsätzlich falsche Struktur hätte man mit dem Versorgungsstrukturgesetz nun ändern können – aber darauf warten Patienten, verordnende Ärzte und Heilmittelerbringer weiterhin vergebens. *(bu)*

Alle für Heilmittelerbringer relevanten Änderungen lesen Sie ausführlich auf Seite 8 bis 10.

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), Uwe Fischer;
Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: PictureP. (1), runzelkorn (11), photosoup (13), J. Fälchle (18);
Freie Therapeuten (15), PowerPause/Ch. Klein (20/21)

Finanzverwaltungen der Länder sind sich einig

Umsatzsteuerpflicht bei Therapie ohne Verordnung

Bereits drei Finanzbehörden (Hessen, Frankfurt, Bayern) haben die fast identische Anweisung an ihre Finanzämter herausgegeben, die Behandlungen durch Physiotherapeuten und Masseure ohne ärztliche Verordnung der Umsatzsteuerpflicht unterwerfen. In Kürze dürften auch die obersten Finanzbehörden der übrigen Bundesländer folgen, so dass das Thema Umsatzsteuerpflicht in ganz Deutschland und dann vermutlich auch bald für Ergotherapeuten und Logopäden wichtig wird.

Das Finanzministerium Nordrhein-Westfalen, die Oberfinanzdirektion Hessen und das Bayerische Landesamt für Steuern haben in den letzten Wochen übereinstimmend ihre Finanzämter angewiesen, bei Physiotherapeuten und Masseuren Leistungen, die „im Anschluss/Nachgang einer ärztlichen Diagnose, für die die Patienten die Kosten selbst tragen" als umsatzsteuerpflichtig anzusehen. Damit erwächst allen Heilmittelerbringern, die Leistungen für Patienten ohne ausdrückliche ärztliche Verordnung erbringen, ein erhebliches finanzielles Risiko. Denn stellt sich nachträglich heraus, dass eine Leistung umsatzsteuerpflichtig ist, dann zahlt der Heilmittelerbringer dafür die Steuern und zwar unabhängig davon, ob er die Steuern dem Kunden/Patienten in Rechnung gestellt hat oder nicht.

Doch worum geht es bei dieser Diskussion über Umsatzsteuerpflicht überhaupt? Unstrittig ist, dass alle Leistungen, die aufgrund ärztlicher Verordnung von Heilmittel-Praxen erbracht werden, von der Umsatzsteuer befreit sind. Doch die früher sehr großzügig ausgelegte Steuerfreistellung von Heilmittelerbringern wurde in den letzten Jahren durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und des Bundesfinanzhofs deutlich eingeschränkt. Die Gerichte stellen nun zunehmend die Umsatzsteuerfreiheit von Leistungen in Frage, die nicht hauptsächlich dem „Schutz der Gesundheit" dienen. „Eine... steuerfreie Heilbehandlung muss der medizinischen Behandlung einer Krankheit oder einer anderen Gesundheitsstörung und damit dem Schutz der menschlichen Gesundheit dienen", lautet ein Leitsatz des Bundesfinanzhofs (V B /06).

Nun haben die obersten Finanzbehörden aus dem Urteil zum sektoralen Heilpraktiker des Bundesverwaltungsgerichts (3 C 19.08) abgeleitet, wenn Physiotherapeuten und Masseure nicht ohne ärztliche Verordnung Heilbehandlungen durchführen dürfen, sie demzufolge bei einer Weiterbehandlung zwar mit Diagnose aber ohne Rezept keine Heilbehandlung mehr erbringen. Das bedeutet, dass eine Steuerbefreiung für solche Behandlungen ohne Verordnungen nicht vorliegt. Mangels ärztlicher Verordnung stufen die obersten Finanzbehörden solche Weiterbehandlung als steuerpflichtige Präventionsleistung ein. Eine ärztliche Verordnung könne ausschließlich die in dem jeweiligen Rezept verordnete Leistung indizieren und nicht die sich anschließende, allein vom Patienten frei gewählten weiteren Leistungen, kommentiert Jörg Hättich vom Umsatzsteuerreferat der Oberfinanzdirektion Karlsruhe.

Inhalt

Thema: Umsatzsteuer

- Risikocheck Umsatzsteuer 7
- Umsatzsteuer-Prävention 4
- Kleinunternehmerregelung 4
- Steuerfreie Leistungen von Heilpraktikern 5
- Steuerermäßigung bei medizinischen Heilbädern 6
- Leistungen mit Umsatzsteuerpflicht 6

Doch mit dieser Argumentation befinden sich die obersten Finanzbehörden ganz weit weg von der realen Situation in Heilmittel-Praxen. Falsch ist die Annahme, die ärztliche Verordnung sei die Grundlage für die Indikation zur Heilmitteltherapie. Richtig ist, dass gemäß Heilmittel-Richtlinie Diagnose und Leitsymptomatik der Auslöser für eine Heilmittel-Therapie sind. Die eigentliche Verordnung ist faktisch nur ein „Gutschein" auf dem zusätzlich auch noch Diagnose und Leitsymptomatik übermittelt werden.

Ebenfalls falsch ist die Annahme, ein Patient, der auf eigene Rechnung weiterbehandelt werden will, bekäme „Wunschtherapie". Richtig ist, dass die Therapie in der Heilmittel-Praxis unabhängig von den Wünschen des Patienten innerhalb fachlich akzeptierter und konsentierter Leitlinien erbracht wird.

Ganz falsch ist die Annahme, eine ärztliche Verordnung könne ausschließlich die auf dem jeweiligen Rezept verordnete Leistung indizieren. Richtig ist vielmehr, dass die Leistung auf dem Rezept von der Art her auch bei einer Weiterbehandlung bestehen bleibt und auf der Verordnung lediglich der Menge nach begrenzt ist. Richtig ist ebenfalls, dass die Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich festlegt, dass 12 Wochen therapiefreies Intervall verstreichen müssen, bevor eine Diagnose nicht mehr gilt.

Vermutlich bedarf es erst einmal des Urteils eines Finanzgerichts, bevor Patienten, die von der GKV keine Heilmittel-Therapie mehr bezahlt bekommen, keinen zusätzlichen Aufschlag für Umsatzsteuer werden zahlen müssen. Bis dahin gilt es, eventuelle Risiken zu entdecken und zu minimieren. *(bu)*

Wenn die Finanzbehörden die Steuerschraube anzieht

Umsatzsteuer-Prävention

Nicht jede Anweisung einer Finanzbehörde hält einer Überprüfung durch die Finanzgerichte stand. Ob es nun tatsächlich dazu kommt, dass Heilmittel-Therapie ohne Verordnung umsatzsteuerpflichtig wird, ist unklar. Um rückwirkende Umsatzsteuerzahlungen zu vermeiden, lohnt es sich, die möglicherweise eintretenden Risikobereiche zu identifizieren und entsprechende Präventionsmaßnahmen zu ergreifen.

Die Umsatzsteuer-Prävention betrifft im Wesentlichen vier Bereiche: Rechnungsstellung, Preiskalkulation, Therapiedokumentation und Buchhaltung.

1. Die Rechnungsstellung

Auf einer Rechnung wird der Netto-Preis ausgewiesen, dann die Umsatzsteuer als prozentualer Aufschlag auf den Netto-Preis erhoben und anschließend die Summe als Brutto-Rechnungsbetrag ausgezeichnet. Wer so Rechnungen ausstellt, der muss auf jeden Fall die in der Rechnung ausgewiesene Umsatzsteuer an das Finanzamt überweisen, unabhängig davon, ob der Umsatzsteuerausweis richtig oder falsch war.

Wenn man sich im Fall einer Behandlung ohne Verordnung nicht sicher ist, ob man für eine bestimmte Leistung Umsatzsteuer berechnen muss oder nicht, dann ist es sinnvoller, die Umsatzsteuer nicht ausdrücklich auf der Rechnung auszuweisen. Formal korrekt wäre es in solchen Fällen, auf die Rechnung „Umsatzsteuerfrei“ zu schreiben. Ein Grund für die Umsatzsteuerfreiheit muss nicht angeben werden.

Wenn Sie einem Patienten zum Beispiel 100 Euro „Umsatzsteuerfrei“ in Rechnung gestellt haben und das Finanzamt später feststellt, dass dieser Betrag hätte besteuert werden müssen, dann wird die in den 100 Euro enthaltene Umsatzsteuer von Ihnen eingefordert. Man sollte also darauf achten, dass der Preis für die Leistung so kalkuliert ist, dass die möglichweise in Zukunft zu zahlende Umsatzsteuer auch wirklich eingenommen wurde. Am besten überweist man die so kalkulierte Umsatzsteuer gleich auf ein Sonderkonto, so dass für den Fall einer späteren Umsatzbesteuerung das nötige Geld auch zur Verfügung steht.

KLEINUNTERNEHMERREGELUNG

Für erzielten Umsatz muss immer eine Umsatzsteuer abgeführt werden. Befreiungen davon gibt es nur in Ausnahmefällen (z. B. Heilbehandlungen) und dann, wenn bestimmte Untergrenzen unterschritten werden. Erzielt ein (Klein-) Unternehmer nur geringe Umsätze, verzichtet das Finanzamt darauf, die Umsätze und die darin enthaltene Umsatzsteuer zu erheben.

§ 19 Umsatzsteuergesetz: Besteuerung der Kleinunternehmer

„(1) Die für Umsätze im Sinne des § 1 Abs. 1, Nr. 1 geschuldete Umsatzsteuer wird von Unternehmern … nicht erhoben, wenn der in Satz 2 bezeichnete Umsatz zuzüglich der darauf entfallenden Steuer im vorangegangenen Kalenderjahr 17.500 Euro nicht überstiegen hat und im laufenden Kalenderjahr 50.000 Euro voraussichtlich nicht übersteigen wird.

„(3) Gesamtumsatz ist die Summe der vom Unternehmer ausgeführten steuerbaren Umsätze im Sinne des § 1 Abs. 1, Nr. 1 abzüglich folgender Umsätze: 1. der Umsätze, die nach § 4 Nr. 8 Buchstabe i, Nr. 9 Buchstabe b und Nr. 11 bis 28 steuerfrei sind…“

Beispiel: Physiotherapeut Müller hat im Jahr 2011 insgesamt 125.000 Euro Umsatz in seiner Praxis gemacht. Davon sind rund 15.000 Euro „sonstige Umsätze“, sprich mit Behandlungen ohne Rezept und Präventionskursen erwirtschaftet worden. Für das Jahr 2012 geht Müller von Umsätzen in vergleichbarer Höhe aus. Ende 2012 hat Müller jedoch insgesamt 190.000 Euro Umsatz gemacht, davon 59.000 Euro mit den sonstigen Umsätzen. Für das Jahr 2012 kann Müller die Kleinunternehmerregelung für sich geltend machen, denn im Vorjahr (2011) ist er unter der Grenze von 17.500 Euro geblieben. In 2012 ist er über die Grenze von 50.000 Euro gekommen.

Das war allerdings gar nicht so geplant, sondern hatte mit einer unerwarteten Nachfrage nach Behandlungen ohne Verordnungen zu tun. Weil die Umsätze so nicht geplant waren und er dies dem Finanzamt durch Vorlage seiner Planzahlen auch nachweisen kann, bleiben seine sonstigen Umsätze auch in 2012 umsatzsteuerfrei. Im darauf folgenden Jahr 2013 wird er allerdings auf seine sonstigen Umsätze Umsatzsteuer abführen müssen und zwar unabhängig davon, ob die Nachfrage nach diesen Leistungen wieder so groß ist wie in 2012. *(bu)*

2. Preise richtig kalkulieren

Die Preise von Leistungen, die unter Umständen umsatzsteuerpflichtig sind, müssen so kalkuliert werden, als ob die Umsatzsteuerpflicht wirklich bestehen würde. Dies kann man entweder mit der Aufschlags- oder der Abschlagskalkulation tun. Bei der Aufschlagskalkulation errechnet sich der Endpreis für eine Heilmittel-Behandlung aus dem Betrag, den Sie für Ihre Leistung erzielen möchten, zuzüglich des jeweiligen Umsatzsteuersatzes in Höhe von sieben oder 19 Prozent. Bei der Abschlagskalkulation geht man den umgekehrten Weg. Sie legen den Preis fest, den Sie bei Ihren Kunden/Patienten für durchsetzbar halten und rechnen davon die Mehrwertsteuer „runter", um auf den Betrag zu kommen, den Sie dann als tatsächlichen Erlös bekommen.

Damit diese Rechnung einfach gelingt, können Sie Excel-Datei „Preiskalkulation_MwSt.xls" bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360 anfordern oder entsprechende Seiten im Internet nutzen (*www.zinsen-berechnen.de/mehrwertsteuerrechner.php, www.mwstrechner.com*).

3. Therapiedokumentation beweiskräftig führen

Wenn Finanzbehörden und Praxis darüber streiten, ob eine Steuerbefreiung vorliegt oder nicht, dann ist es leider die Pflicht des Steuerpflichtigen zu beweisen, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für eine solche Steuerbefreiung vorliegen. Die Voraussetzungen für die Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 UStG ist in jedem Einzelfall vom Praxisinhaber nachzuweisen. Kann solch ein Nachweis nicht erbracht werden, sind die Umsätze zwingend steuerpflichtig (Beweislast!). Das hat der Bundesfinanzhof im Falle eines Arztes entschieden (V B 35/06).

Damit kommt Ihrer Therapiedokumentation eine besondere Bedeutung zu, denn nur so können Sie belegen, dass die Basis Ihrer Behandlung eine Diagnose/Verordnung des Arztes war und/oder, dass es bei der Behandlung darum ging, ein therapeutisches Ziel zu erreichen.

4. Buchhaltung vorbereiten

In der Buchhaltung einer jeden Praxis sollte es mehrere Erlöskonten geben. Dabei ist mit Konto hier nicht ein Bankkonto gemeint, sondern ein Buchungsbereich in Ihrer Buchhaltung. Es empfiehlt sich, zwischen den Bereichen „Heilmittelumsätze" und „Sonstige Umsätze" zu trennen. Im Bereich „Heilmittelumsätze" werden die Umsätze gebucht, die zweifelsfrei von der Umsatzsteuer befreit sind. Das sind auf jeden Fall alle aufgrund von ärztlichen Verordnungen erbrachten und abgerechneten Behandlungen, seien es Kassen- oder Privatverordnungen.

Im Bereich „Sonstige Umsätze" werden alle Umsätze gebucht, die entweder umsatzsteuerpflichtig sind oder bei denen es unklar ist, ob hier eine Umsatzsteuerbefreiung vorliegt oder nicht. Die „Sonstigen Umsätze" werden unterteilt in „Heilmittel ermäßigt" (Heilmittel, die möglicherweise mit 7 Prozent Umsatzsteuer belegt sind), in „Heilmittel voll" (Heilmittel, die möglicherweise mit 19 Prozent Umsatzsteuer belegt sind), sowie die „Sonstigen Leistungen". In diesen letzten Bereich werden die Umsätze gebucht, die nicht von der Umsatzsteuer befreit sind.

Mit dieser Verteilung Ihrer Umsätze auf die einzelnen Konten der Buchhaltung können Sie sehr schnell erkennen, ob Sie noch unter die Kleinunternehmerregel (s. a. Box Kleinunternehmerregelung) fallen und wie hoch eine evtl. Umsatzsteuernachzahlung wäre, sollte sich später herausstellten, dass bestimmte Leistungen ohne Verordnung entgegen Ihrer Vorstellung doch der Umsatzsteuerpflicht unterliegen.

Sprechen Sie zeitnah mit Ihrem Steuerberater, um die entsprechenden Zuordnung Ihrer Umsätze auf die richtigen Konten zu gewährleisten, falls dies notwendig ist. *(bu)*

STEUERFREIE LEISTUNGEN VON HEILPRAKTIKERN

Nach dem Umsatzsteuergesetz sind „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden" von der Umsatzsteuer befreit (§ 4 Nr. 14a UStG). Nachdem die Finanzbehörden nur bei Physiotherapeuten und Masseuren die Steuerbefreiung bei Leistungen ohne ärztliche Verordnung verneint haben, stellt sich die Frage, wie sich die Situation bei (auch sektoralen) Heilpraktikern darstellt.

Natürlich darf ein Heilpraktiker eigene Diagnosen erstellen. Seine Leistungen sind ausdrücklich im Umsatzsteuergesetz befreit worden. Trotzdem müssen Heilpraktiker genau aufpassen, dass die Finanzbehörden nicht versuchen, diese Steuerbefreiung zu hintertreiben. Die Finanzbehörden sind der Meinung, Heilpraktiker würden vermehrt Gruppenangebote anbieten, „die für den Teilnehmer eine Selbsterfahrung zum Inhalt haben und dem Wohlbefinden des Patienten dienen". Diese Leistungen seien eben nicht steuerfrei.

Die Voraussetzung für die Steuerfreiheit nach § 4 UStG (s.o.) ist in jedem Einzelfall vom Heilpraktiker nachzuweisen. Kann der Nachweis nicht erbracht werden, sind die Umsätze des Heilpraktikers zwingend steuerpflichtig! Insofern empfiehlt es sich, zusätzlich zu den medizinischen Gründen eine genaue Therapiedokumentation zu führen, die im Zweifel die Indikation zur Heilmitteltherapie belegt. *(bu)*

STEUERERMÄSSIGUNG BEI MEDIZINISCHEN HEILBÄDERN

In Deutschland gibt es zwei unterschiedliche Steuersätze. Der volle Steuersatz beträgt 19 Prozent, der ermäßigte Satz beträgt sieben Prozent. Die Finanzämter sind angewiesen, zu prüfen, ob bei Behandlungen ohne Verordnung die Voraussetzungen dafür vorliegen, den ermäßigten Steuersatz anwenden zu können. Dies gilt für den Bereich der Physiotherapie mühelos, denn medizinische Heilbäder unterliegen dem ermäßigten Steuersatz. Gemäß Umsatzsteuer-Anwendungserlass gehören die Leistungen der Physiotherapeuten und Masseure dazu und brauchen keine ärztliche Verordnung.

Aus dem Umsatzsteuer-Gesetz (§ 12 Abs. 2, Nr. 9):

„(2) Die Steuer ermäßigt sich auf 7 Prozent für die folgenden Umsätze:...

9. die unmittelbar mit dem Betrieb der Schwimmbäder verbundenen Umsätze sowie die Verabreichung von Heilbädern...“

Aus dem Umsatzsteuer-Anwendungserlass 2010 (UStAE)

„(3) Heilbäder sind:
1. Heilbäder aus anerkannten, natürlichen Heilquellen (Mineral-, Thermal-, Gasquellen) und Peloidbäder (Heilmoore, Fango, Schlick, Lehm, Sand). Sie werden abgegeben als Wannenbäder, Packungen, Teilbäder und Duschen (z. B. Wechselduschen, Nasen-, Rachen- und Vaginalduschen), als Inhalationen (Raum- und Einzelinhalationen), als Trinkkuren und in Bewegungsbädern;

2. Heilbäder nach Kneippscher Therapie (z. B. Arm- und Fußbäder, Güsse, Abwaschungen, Wickel und Abbürstungen) und Heilmittel des Meeres, zu denen warme und kalte Meerwasserbäder, Meerwassertrinkkuren, Inhalationen und Meerwasserbewegungsbäder zählen;

3. medizinische Zusatzbäder, Saunabäder, Dampf- und Heißluftraumbäder, Lichtbäder (z. B. Infra- oder Ultrarot, Glühlicht und UV-Licht), Physio- und Elektrotherapie (z. B. Hauffesche Arm- und Fußbäder, Überwärmungsbad, Heilmassage, Heilgymnastik und Stangerbad), Unterwasserdruckstrahl-Massagen, Darmbäder sowie die Behandlung in pneumatischen und Klima-Kammern.

Bei der Verabreichung von Heilbädern, die ihrer Art nach allgemeinen Heilzwecken dienen, z. B. von Saunabädern, ist nicht erforderlich, dass im Einzelfall ein bestimmter Heilzweck nachgewiesen wird. Insbesondere bedarf es nicht einer ärztlichen Verordnung des Heilbads.“ *(bu)*

LEISTUNGEN MIT UMSATZSTEUERPFLICHT

Eine ganze Reihe von Leistungen wird bundesweit einheitlich als nicht von der Umsatzsteuer befreit angesehen. Das regelt im Detail der „Umsatzsteuer-Anwendungserlass“.

„Unter Beachtung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs sind „ärztliche Heilbehandlungen” ebenso wie „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin” Tätigkeiten, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Die befreiten Leistungen müssen dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen. Dies gilt unabhängig davon, um welche konkrete heilberufliche Leistung es sich handelt (Untersuchung, Attest, Gutachten usw.), für wen sie erbracht wird (Patient, Gericht, Sozialversicherung o. a.) und wer sie erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut oder Unternehmer, der ähnliche heilberufliche Tätigkeiten ausübt, bzw. Krankenhäuser, Kliniken usw.). Heilberufliche Leistungen sind daher nur steuerfrei, wenn bei der Tätigkeit ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht.“

(Quelle: Umsatzsteuer-Anwendungserlass 2010 UStAE)

Folgende Tätigkeiten sind demnach keine Heilbehandlungsleistungen (ergänzt durch eine Zusammenstellung der Oberfinanzdirektion Karlsruhe [Anm. d. Red.]):

- die schriftstellerische oder wissenschaftliche Tätigkeit, auch soweit es sich dabei um Berichte in einer Fachzeitschrift handelt
- die Vortragstätigkeit
- die Lehrtätigkeit
- die Lieferungen von Hilfsmitteln, z. B. Kontaktlinsen, Schuheinlagen;
- die entgeltliche Nutzungsüberlassung von medizinischen Großgeräten; [könnte auch auf Überlassung der Praxisräume/-geräte bei Beschäftigung von Freien Mitarbeitern übertragen werden]
- die Erstellung von Alkohol-Gutachten, Zeugnissen oder Gutachten über das Sehvermögen, über Berufstauglichkeit oder in Versicherungsangelegenheiten, Einstellungsuntersuchungen, Untersuchungsleistungen wie z. B. Röntgenaufnahmen zur Erstellung eines umsatzsteuerpflichtigen Gutachtens [könnte auch zum Beispiel auf Schulfit-Angebote oder Kindergartencheck und ähnliche „Befunderstellungen“ übertragen werden]
- kosmetische Leistungen von Podologinnen/Podologen in der Fußpflege
- Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe im Sinne des § 20 SGB V, die keinen unmittelbaren Krankheitsbezug haben, weil sie lediglich „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen erbringen” sollen – § 20 Abs. 1, Satz 2 SGB V
- Supervisionsleistungen
- gutachterliche Feststellungen zum voraussichtlichen Erfolg von Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Rentenverfahrens, da hier ein Rentenantrag Anlass für das ärztliche Tätigwerden ist. Der Aspekt „Rehabilitation vor Rente” führt auch nicht dazu, dass die medizinische Betreuung in den Vordergrund tritt, da es insoweit in erster Linie darum geht, Rentenleistungen nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erbringen zu müssen
- Sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen, die der Feststellung von Trainingsfortschritten oder der Optimierung der Trainingsgestaltung dienen. *(bu)*

Risikocheck Umsatzsteuer

? Stellt das Thema Umsatzsteuer ein Risiko für mich dar?

Die Ankündigung der Finanzbehörden, Umsätze von Physiotherapeuten und Masseuren besteuern zu wollen, bezieht sich ausschließlich auf Heilbehandlungen, die ohne Verordnung des Arztes erbracht werden. Bevor man sich als Praxisinhaber Gedanken über das Thema Umsatzsteuer macht, sollte man prüfen, ob das Thema überhaupt ein Problem darstellt. Dafür haben wir für Sie eine Checkliste erstellt.

? Risikocheck Schritt 1: *Werden in unserer Praxis ausschließlich Behandlungen auf Rezept durchgeführt?*

Auswertung Schritt 1: Wenn in Ihrer Praxis nur Behandlungen auf Rezept durchgeführt werden, stellen die Änderungen hinsichtlich der Umsatzsteuerfreiheit für Sie kein Problem dar. Aber aufpassen: Einige Praxisinhaber erbringen zwar Behandlungen nur auf Rezept, bieten aber zum Beispiel Präventions- und Wellnessleistungen an. Wenn in solchen Fällen bisher noch keine Umsatzsteuer berechnet worden ist, dann sollten Sie bei Schritt 2 weitermachen, um zu überprüfen, ob das Thema Umsatzsteuer für Sie ein Risiko darstellt.

? Risikocheck Schritt 2a: *Ist die Summe des „Sonstigen Umsatzes" im jetzt abgelaufenen Jahr 2011 größer oder kleiner als 17.500 Euro?*

Auswertung Schritt 2a: Unter der Überschrift „Sonstiger Umsatz" fassen wir alle Umsätze zusammen, die entweder ganz klar der Umsatzsteuer unterliegen (z. B. Präventionskurse, Gutscheinverkauf) oder aufgrund der Anordnung der Finanzbehörden möglicherweise der Umsatzsteuer unterliegen können (Behandlung ohne Verordnung). Wenn Sie mehr als 17.500 Euro Umsatz mit den sonstigen Umsätzen gemacht haben, gehen Sie bitte weiter zu Schritt 4. Wenn Sie weniger als 17.500 Euro Umsatz haben, gehen Sie bitte zum nächsten Schritt 2b.

? Risikocheck Schritt 2b: *Gehen Sie davon aus, dass im Jahr 2012 alles so weiterläuft wie im Vorjahr?*

Auswertung 2b: Wenn Sie keine Umsatzänderungen planen bzw. erwarten, dann ergeben sich für Sie keine Änderungen beim Thema Umsatzsteuer. (siehe auch: Box Kleinunternehmerregelung auf Seite 4)

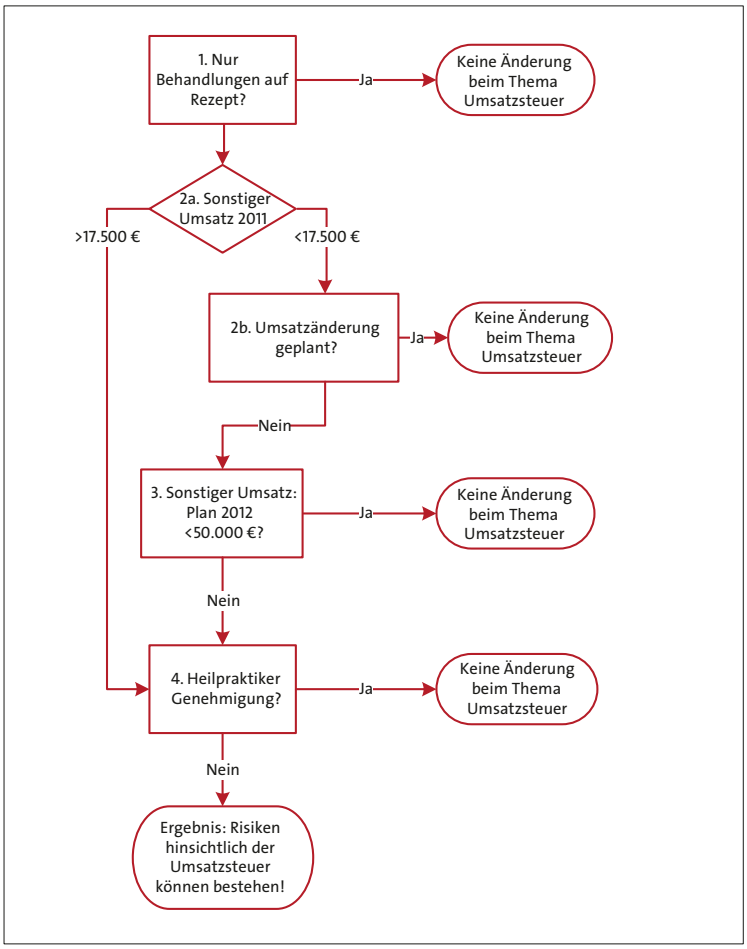
? Risikocheck Schritt 3: *Gehen Sie davon aus, dass der „Sonstige Umsatz" im kommenden Jahr unter dem Betrag von 50.000 Euro liegen wird?*

Auswertung Schritt 3: Wenn Sie einen schriftlichen Plan haben, aus dem hervorgeht, dass Sie für das Jahr 2012 nicht mehr als 50.000 Euro mit dem sonstigen Umsatz erzielen wollen, dann müssen Sie auch dann keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abführen, wenn Sie entgegen Ihrer Planung den Betrag von 50.000 Euro überschreiten werden. Die Schriftlichkeit der Planung ist sinnvoll, weil Sie gegenüber dem Finanzamt plausibel darlegen müssen, dass ein Umsatz über die 50.000 Euro hinaus nicht absehbar bzw. zu erwarten war. Wenn Sie davon ausgehen können, dass der sonstige Umsatz die 50.000 Euro-Grenze übersteigt, dann ergeben sich für Sie Änderungen bzw. Risiken beim Thema Umsatzsteuer.

? Risikocheck Schritt 4: *Sind Sie (sektoraler) Heilpraktiker?*

Auswertung Schritt 4: Wenn ein Heilpraktiker nachweist, dass er Leistungen erbringt, bei denen ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht (sprich, dass er Heilbehandlungen erbringt), dann sind solche Leistungen umsatzsteuerfrei. Dazu müssen Diagnose und Art der Behandlung schriftlich dokumentiert sein. Sind also die „Sonstigen Umsätze" als Heilbehandlung im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Heilpraktiker entstanden, handelt es sich hier um umsatzsteuerfreie Leistungen. Es ergeben sich für Sie keine Änderungen bzw. neue Risiken beim Thema Umsatzsteuer.

Risikocheck Ergebnis: Sie könnten von den Änderungen hinsichtlich der Umsatzsteuerpflicht für Behandlungen ohne Verordnung betroffen sein. → Lesen Sie dazu den Artikel „Umsatzsteuer-Prävention" auf Seite 4.



GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG)

Die wichtigsten Änderungen im Detail

Der Deutsche Bundestag hat am 1.12.2011 das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)“ beschlossen. Für Heilmittelerbringer bringt dieses Gesetz wichtige Veränderungen. Alle Änderungen haben wir für Sie im Detail aufgeführt und deren berufspolitische Konsequenzen sowie ihre Auswirkungen auf die Praxis erläutert.

1. Heilmittel für Chronisch Kranke sind extrabudgetär

1.1 Neuregelung:

In § 32 SGB V wird geregelt, dass Versicherte der GKV einen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln haben. Dieser Paragraf wird durch das VStG um den Absatz 1a erweitert. Dieser macht es möglich, dass sich Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf durch einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse die erforderlichen Heilmittel genehmigen lassen können. Diese Genehmigung gilt dann für einen „geeigneten Zeitraum“. Das Genehmigungsverfahren muss die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen zwingend durchführen. Geschieht dies nicht, gilt die Genehmigung als erteilt. Ergänzend dazu regelt § 106, dass solche genehmigten Verordnungen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen.

1.2 Weiterer Verlauf:

Unklar ist die Umsetzung der Neuregelung in die gelebte Praxis. Das Bundesgesundheitsministerium schreibt zwar in seiner Begründung zum Gesetzesentwurf, dass der G-BA die näheren Details zu den von dieser Regelung profitierenden Patienten und zum Genehmigungsverfahren regeln soll, ergänzt dann aber, dass die „insoweit bereits beschlossene Regelung“ jetzt „eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage“ erhalte. Gemeint ist damit die HeilM-RL (§ 8 Abs. 5) mit ihrer Regelung für langfristige Genehmigungen von Heilmittel-Verordnungen. Demnach würde die neue Regelung ab 1. Januar 2012 so gelten, wie es in der HeilM-RL bereits festgelegt wurde.

Naturgemäß sehen das die Krankenkassen allerdings anders. So behauptet der AOK-Bundesverband, dass aus dem Gesetzestext nicht zu erkennen sei, welche Voraussetzungen für eine Genehmigung erfüllt sein müssten. Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass ein Beschluss des G-BA über die Genehmigungsvoraussetzungen einen entsprechenden Beratungs- und Beschlussprozess durchlaufen müsse. „Erfahrungsgemäß ist nicht damit zu rechnen, dass dies bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossen sein wird.“ Damit ist klar, dass die Kassen die Hürden für die neuen Genehmigungen im G-BA ganz hoch setzen wollen und die aktuellen Regelungen der HeilM-RL als für diesen Fall nicht relevant ansehen. Vermutlich werden also Anträge der Versicherten ab Januar 2012 mit dem Hinweis auf das angeblich noch nicht vereinbarte Genehmigungsverfahren abgelehnt werden.

1.3 Auswirkungen auf die Praxis:

Jetzt ist es endlich amtlich: chronisch kranke Patienten, die von ihrer Krankenkasse eine längerfristige Genehmigung für die Heilmittel-Therapie bekommen haben, sind extrabudgetär und werden nicht in das Richtgrößenvolumen des Arztes hineingerechnet. Die Frage ist nur noch, ab wann die Neuregelung gilt und wie sie konkret umgesetzt wird. Auf jeden Fall lohnt es sich, das Thema offensiv an Ärzte zu kommunizieren. Das wird vielen Ärzten gut gefallen!

Aus Sicht der Heilmittelpraxen und Ärzte spricht nichts dagegen, ihre Patienten so früh wie möglich zu motivieren, Anträge auf Genehmigung von Heilmittel-Therapie für einen längeren Zeitraum zu stellen. Im schlechtesten Fall werden die Anträge von der Krankenkasse mit dem Hinweis auf das vermeintlich fehlende Verfahren abgelehnt.

Im Prinzip ist das Verfahren jedoch bereits in der HeilM-RL geregelt: Der Versicherte stellt mit der nächsten Verordnung außerhalb des Regelfalls einen formlosen Antrag bei der Krankenkasse. Ein entsprechender Muster-Antrag für Ihre Patienten kann bei der ***up-premium plus***-Hotline abgerufen werden.

2. Vorab-Praxisbesonderheiten sichern Wirtschaftlichkeit

2.1 Neuregelung

Vorab-Praxisbesonderheiten sind Indikationen oder Indikationsgruppen, für die Heilmittel verordnet werden können. Diese sind als extrabudgetär festgelegt und werden nicht in das Richtgrößenvolumen hineingerechnet.

Zurzeit werden Vorab-Praxisbesonderheiten sehr unterschiedlich und regional auf Landesebene vereinbart. Zusätzlich sollen nun bundesweit gültige Vorab-Praxisbesonderheiten ergänzt werden, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. September 2012 vereinbart werden. Wenn sich die Beteiligten nicht einigen, legt das Schiedsamt den Umfang der bundeseinheitlichen Vorab-Praxisbesonderheiten fest.

2.2 Weiterer Verlauf

Die Krankenkassen haben in der Anhörung des Gesundheitsausschusses zum Gesetzentwurf dafür plädiert, diese Änderung komplett zu streichen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Zeit bis zum 30. September 2012 voll ausgeschöpft werden wird. Bundeseinheitliche Vorab-Praxisbesonderheiten wird es also vermutlich erst ab 2013 geben. Trotzdem gelten die bisher vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten weiter – und zwar so lange, wie es in den jeweiligen Richtgrößenvereinbarungen auf Landesebene vereinbart ist.

2.3 Umsetzung in der Praxis

Vorab-Praxisbesonderheiten muss jeder Arzt kennen, der Heilmittel verordnet. Leider ist das schon jetzt auf regionaler Ebene nicht der Fall. Praxisinhaber können also schon einmal beginnen, zu informieren. Auf *www.heilmittel-regress.de* haben wir für jede KV die vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten zum kostenlosen Download bereitgestellt. Durch die Gesetzesänderung sollte die Bereitschaft der Ärzte zunehmen, sich bei Verordnungen gezielt auf die Vorab-Praxisbesonderheiten zu beziehen.

3. Zwei Jahre Regress-Frei für Ärzte

3.1 Neuregelung

Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent erstmals überschreiten, werden nicht in Regress genommen, sondern bekommen ein individuelles Beratungsangebot. Kommt es dann zu einer erneuten Überschreitung des Richtgrößenvolumens, kann der Arzt in den ersten beiden Jahren für maximal 25.000 Euro in Regress genommen werden.

Im Rahmen einer Beratung bzw. im Rahmen eines Regressverfahrens hat der Arzt die Möglichkeit, weitere individuelle Praxisbesonderheiten zu beantragen. Diese Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann auch schon für zukünftige Prüfungen erfolgen und schafft damit für den Arzt mehr Regress-Sicherheit.

3.2 Weiterer Verlauf

Im Gesetz ist festgelegt, dass Ärzteverbände und Kassen sich jetzt auf neue einheitliche Verfahren für die Richtgrößenprüfung mit Schonfrist einigen müssen. Dabei dürfte es unter anderem darum gehen, ob Ärzte, die in der Vergangenheit bereits einen Regress hatten, jetzt trotzdem von der Schonfrist profitieren können. Das würde bedeuten, dass es in den nächsten zwei Jahren überhaupt nicht mehr zu (Heilmittel-)Regressen kommt und im dritten Jahr die Regress-Summe 25.000 Euro nicht überschreiten kann.

Unabhängig vom Ergebnis der Verhandlungen zwischen GKV und Ärzten, versuchen die Krankenkassen weiterhin die Frage des ärztlichen Honorars mit den Heilmittelausgaben zu verknüpfen. Die KV Bayern hat bereits an ihre Ärzte gemeldet, dass Honorarerhöhungen für 2012 unter anderem an zu hohen Heilmittel-Ausgaben scheitern. Die Angst der Ärzte, sie könnten weniger Geld in der Kasse haben, weil sie Heilmittel verordnet haben, wird also weiter von Krankenkassen als Argument gegen Heilmittel-Verordnungen genutzt werden.

3.3 Umsetzung in der Praxis

Diese Gesetzänderung ist der Einstieg in den Ausstieg aus den Richtgrößenprüfungen. Das kann man gegenüber den Ärzten auch genauso kommunizieren. Aber: wer jetzt mit dem Hinweis auf das Aussetzen der Richtgrößenprüfungen immer neue Verordnungen anfordert, tut sich selbst keinen Gefallen. Denn durch die Beratung der Ärzte bei Überschreiten des Richtgrößenvolumens werden sich die Ärzte trotzdem geprüft und gegängelt fühlen.

Zudem wird immer, wenn es um das Thema Ärztehonorar geht, die Frage auftauchen, ob die Anzahl der Heilmittel-Verordnungen die Ursache für eine fehlende Honorarsteigerung sind. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, verordnenden Ärzten gegenüber etwas zurückhaltender aufzutreten. Gut macht es sich zum Beispiel, nicht die volle verordnete Anzahl an Behandlungseinheiten zu nutzen, sondern das Therapieziel auch mal eine oder zwei Einheiten früher zu erreichen. Das sollte dann auch an den Arzt zurückgemeldet werden.

4. Verordnung gegen Vergütung strafbar

4.1 Neuregelung

Die Zuwendung an Ärzte – direkt oder indirekt – durch Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten für die „Überweisung“ von Patienten mit einer GKV-Verordnung ist zukünftig ausdrücklich verboten. Zwar gab es ein solches Verbot bisher schon zum Beispiel über die ärztlichen Standesregeln, das hatte aber in der Praxis keine Auswirkungen. So wurden unter anderem Therapeuten trotz ärztlicher Standesregeln immer wieder von einzelnen Zuweisern aufgefordert, Zahlungen für das Ausstellen von GKV-Verordnungen zu leisten. >>>

>>> Fortsetzung Seite 9

Zukünftig ist es jetzt Ärzten nicht nur verboten, nach solchen Zahlungen zu fragen oder diese ungefragt entgegenzunehmen. Nun ist auch die Beteiligung von Ärzten an Leistungserbringergesellschaften tabu, wenn diese durch ihr eigenes Verordnungsverhalten den Gewinn maßgeblich selbst mitbestimmen können. Ebenfalls verboten ist es, GKV-Versicherte dazu zu bewegen, eine privatärztliche Verordnung anstelle einer GKV-Heilmittel-Verordnung zu nutzen.

Die Datenschutzregelungen sind mit diesem Gesetzentwurf so verändert worden, dass Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung die Daten über solche Fälle besser austauschen können.

4.2 Weiterer Verlauf

Es stellt sich die Frage, was nun mit den Beteiligungen von Ärzten an Heilmittelpraxen geschieht, die durch die Gesetzesänderung nicht mehr zulässig sind. Mindestens 1.000 Praxen in Deutschland dürften davon betroffen sein und müssen zum Jahreswechsel die Ausgestaltung ihrer Verträge aufgrund der Gesetzesänderung überprüfen.

4.3 Umsetzung in der Praxis

Heilmittelerbringer sind von § 128 („Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“) durch die Gesetzesänderung unmittelbar betroffen. Dadurch, dass Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen jetzt noch leichter Daten austauschen können, werden die Möglichkeiten gegen die „Zahlungen für Verordnungen“ rechtlich vorgehen zu können, deutlich besser.

Hinzu kommt, dass die Gesetzesänderung die Formen der unzulässigen Zusammenarbeit noch einmal deutlich verschärft hat. Wenn der „Gesellschafter-Arzt“ seinen Gewinn bekommt (unabhängig von der Anzahl der von ihm ausgestellten Verordnungen), wird es zumindest für einen Anfangsverdacht reichen, wenn ein hinreichender Anteil der Verordnungen durch diesen Gesellschafter ausgestellt wurde. Entscheidend ist der Verdacht, dass hier ein Arzt Gewinn erzielt, auf dessen Höhe er in spürbarer Weise Einfluss nehmen kann.

Für Hilfsmittelanbieter gelten die Regelungen schon seit 2009. Dort gibt es immer wieder Situationen, in denen Konkurrenten sich gegenseitig anzeigen. Da solche Anzeigen bei den Krankenkassen auch anonym funktionieren, dürften sich jetzt auch im Heilmittelbereich ähnliche Entwicklungen vollziehen.

Wer also eine Kooperation mit Ärzten eingegangen ist, muss dringend überprüfen, ob diese Kooperation den zukünftigen rechtlichen Anforderungen standhält. Denn die Zuweisung gegen Entgelt ist keineswegs nur ein Problem des Arztes, sondern auch des Heilmittelerbringers, wie in § 128 ausdrücklich beschrieben: Leistungserbringer (hier also Heilmittel-Praxen) können „für die Dauer von bis zu zwei Jahren“ die Zulassung verlieren, wenn sie gegen die jeweiligen Bestimmungen verstoßen. *(bu)*

Krankenkassen geht es gut

Heilmittelaufschwung deutlich gebremst

Die Finanzentwicklung der GKV ist in den ersten neun Monaten 2011 deutlich besser verlaufen als im vergangenen Jahr. Doch der Zuwachs bei den Heilmitteln schwächt sich deutlich ab und liegt nur noch bei sechs Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Das ist aber immer noch mehr als die durchschnittliche Steigerung der Leistungsausgaben, die mit 2,5 Prozent Wachstum deutlich geringer wachsen als die Heilmittel.

Der Bericht des Bundesgesundheitsministeriums über die GKV-Finanzentwicklung im ersten bis dritten Quartal 2011 bietet Licht und Schatten. Auf der Einnahmenseite sieht es gut aus: Die gesetzlichen Krankenversicherungen verfügen über ausreichende Geldmengen und sind teilweise sogar in der Lage, Rücklagen anzusparen. Auch auf der Ausgabenseite findet sich Positives: 5,7 Prozent weniger Ausgaben für Arzneimittel! Das ist doch aus Sicht der Heilmittelbranche eine erfreuliche Entwicklung. Vielleicht kann man diese Entwicklung als Indiz dafür werten, dass endlich die richtigen Prioritäten gesetzt werden?

Das in den Vorquartalen (wir berichteten) gemeldete Wachstum bei Heilmitteln ist allerdings inzwischen auf Normalniveau angekommen. Im ersten Quartal betrug das Wachstum bei Heilmitteln noch mehr als elf Prozent, im zweiten Quartal waren es dann nur noch knapp unter zehn Prozent Wachstumsrate und jetzt, bis zum dritten Quartal, beträgt der Zuwachs nur noch rund sechs Prozent. Faktisch bedeutet das, dass das Wachstum im dritten Quartal nur noch ungefähr 2,4 Prozent ausmacht: Herzlich Willkommen im Mittelfeld! *(bu)*

Service: Die aktuellen Daten zur GKV-Finanzentwicklung gibt es als Download auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums oder bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360.

KV Baden-Württemberg schimpft über Heilmittel-Richtlinie

Physiotherapeuten des Betrugs beschuldigt

Die Aussagen von Dr. Norbert Metke gehen zu weit.

Dr. Norbert Metke, Vorsitzender des Vorstandes der KV Baden-Württemberg, hat seinem Ärger über die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie Luft gemacht. In der aktuellen Sonderausgabe des „Verordnungsforums" der KV Baden-Württemberg stellt er die abenteuerliche Behauptung auf, Physiotherapeuten würden kontinuierlich Leistungen erbringen, die in dieser Form nicht in der Heilmittel-Richtlinie stünden. Physiotherapeuten sind demnach alle Betrüger? Das war hoffentlich nicht so gemeint, muss aber umgehend richtig gestellt werden!

Die KV Baden-Württemberg informiert ihre Ärzte regelmäßig in ihrer Publikation „Verordnungsforum" unter anderem auch über das Thema Heilmittelverordnungen. In der Ausgabe 19, die Ende November erschienen ist, geht es um die Neufassung der HeilM-RL. Mit fünf Monaten Verspätung erhalten die baden-württemberger Kassenärzte nun endlich den Richtlinientext und die Heilmittel-Kataloge. Dazu verfasste Dr. Norbert Metke ein pointiertes Vorwort. Unter der Überschrift „HeilM-RL – nicht mehr akzeptables Überbürokratie-Organisationsmonster" lässt der Mediziner seinem Ärger so richtig freien Lauf. Während der Artikelbeginn sich noch mit den schwierigen bürokratischen Hürden für Ärzte auseinandersetzt, wird im weiteren Verlauf scharf und gezielt gegen Heilmittelerbringer geschossen. Dabei werden Ärzte als hilflose Opfer von rezeptfordernden Therapeuten dargestellt, die sich gegen den Verordnungsdruck nicht wehren können: „Wir Ärzte werden durch die Möglichkeit der Rezeptierung von Heilmitteln auf verschiedenem Preisniveau einem konstanten Druck von Heilmittelerbringern und Patienten zur Verordnung teurer Heilmittel oder noch teurerer Heilmittelkombinationen ausgesetzt."

Der nächste Abschnitt kommt einer Diffamierung des ganzen Berufsstandes gleich. Unter Punkt 3 heißt es: „Aus der Erfahrung mit den Heilmittelrichtlinien in der Vergangenheit zeigt sich, dass die Physiotherapeuten nur noch in Teilen die rezeptierten Heilmittel auch tatsächlich abgeben. Vielmehr wird von den [Physio-] Therapeuten kontinuierlich gefordert, dass der Verschreibung optionale oder ergänzende Heilmittel hinzugefügt werden, um dann letztendlich mit diesen hochpreisigen Rezeptierungen Heilmittel abzugeben, die in dieser Form nicht im Heilmittelkatalog genannt sind (zum Beispiel in der Osteopathie)." Wie jeder Physiotherapeut weiß, ist das, was Metke hier beschreibt, rechtlich nicht zulässig und wird gerade zum Beispiel in Bremen von der Staatsanwaltschaft strafrechtlich verfolgt. Dem Geschriebenen von Metke nach zu folgern, müssten dann Physiotherapeuten mehrheitlich Betrüger sein. Das kann er doch wohl nicht gemeint haben?!

Bestimmt nicht, denn Metke vertut sich bei diesem Punkt hier gleich doppelt: Erstens kann man „optionale" Heilmittel nicht einem „vorrangigen" Heilmittel „hinzufügen". Und zweitens müsste Metke in seiner Eigenschaft als KV-Chef die Prüfstelle seiner KV und der Kassen sofort darüber informieren, wenn ihm bekannt wäre, dass von Physiotherapeuten betrogen würde. Hat er aber unseres Wissens nicht – also ist ihm die Brisanz seiner Ausführungen vermutlich gar nicht klar.

Physiotherapeuten in Baden-Württemberg dürfen sich also nicht wundern, wenn in Zukunft Ärzte merkwürdig auf den Wunsch nach ergänzenden Heilmitteln reagieren. Deswegen sollten sie ihre Ärzte darüber informieren, dass sie selbstverständlich genau die Leistungen erbringen, die der Arzt auf der Heilmittel-Verordnung benennt.

Die Verbände der Physiotherapeuten in Baden-Württemberg hätten hier durchaus die Chance, rechtlich Schritte gegen diese drastische Fehlinformation zu ergreifen – wenn sie sich denn trauten. Dem obersten Repräsentanten einer Körperschaft öffentlichen Rechts darf man solche Fehlleistungen nicht durchgehen lassen. Hier wird ein Berufsstand öffentlich diskreditiert – das ist abmahnwürdig!

Liest man das gesamte Vorwort, so wird ziemlich deutlich, dass auch die KV mit dem Thema Heilmittel-Richtlinie nicht wirklich souverän und informiert umgeht. Einzig und allein um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten endlich zielführend zu organisieren, könnte man auf eine Abmahnung von Metke und der KV Baden-Württemberg verzichten. Aber vielleicht braucht die KV ja einfach einmal ein deutliches Signal von Seiten der Heilmittel-Erbringer, um zu erkennen, dass die beste Regress-Prophylaxe darin besteht, zusammenzuarbeiten. *(bu)*

Neufassung der Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V

Verhandlungen werden aktuell nicht fortgeführt

Das Sozialgesetzbuch V und die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) legen die Eckdaten fest, welcher GKV-Patient wie viel Heilmittel zu bekommen hat. Die konkrete Umsetzung der HeilM-RL in anwendbare Vertragsform soll gem. § 125 SGB V auf Grundlage der Rahmenempfehlungen erfolgen, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer vereinbart werden sollen. Doch da scheint aktuell einiges in Stocken geraten zu sein.

Eigentlich hätte man erwartet, dass die Neufassung der Rahmenempfehlungen schon längst unter Dach und Fach ist, schließlich ist die Neufassung der HeilM-RL bereits zum 1. Juli 2011 in Kraft getreten. Aber zum Leidwesen aller Heilmittelerbringer gibt es nicht nur keine Neufassung der Rahmenverträge, sondern aktuell scheinen die Gespräche ganz ins Stocken geraten zu sein. Die Bundestagsfraktion Die LINKE schreibt in einer Kleinen Anfrage, dass die Verhandlungen über die Rahmenempfehlungen gescheitert seien. Der GKV-Spitzenverband bestätigt, dass die Verhandlungen zwischen den Kassen und den Verbänden der Leistungserbringer für eine gemeinsame Rahmenempfehlung nicht fortgeführt werden.

Etwas anders hört sich das aus den Reihen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) an: Man sei mit dem GKV-Spitzenverband bisher tatsächlich noch nicht zum Abschluss gekommen, es gebe jedoch den eindeutigen Willen, dies zu erreichen – allerdings nicht um jeden Preis.

Gut informierte Kreise wollen wissen, dass den Krankenkassen mögliche Querelen zwischen den Physiotherapie-Verbänden den Abschluss der Verhandlungen erschweren. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband jetzt einen Verhandlungstermin nur mit den drei Verbänden der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten vereinbart. Pikantes Detail: der größte Logopädie Verband (dbl) ist auch Mitglied im BHV, müsste also eigentlich gemeinsame Sache mit den Physiotherapeuten und Ergotherapeuten machen. Tut er aber nicht. Das kann zwei mögliche Ursachen haben. Entweder haben die Logopäden kein Interesse an einer gemeinsamen Vertretung der Heilmittelerbringer – das wäre erschreckend – oder die Logopäden sind ebenfalls von den Querelen der Physio-Verbände genervt – das wäre auch nicht viel besser. So oder so zeigt sich die Phalanx der Heilmittelerbringer also nicht wirklich stabil.

Problematisch an der Situation ist, dass die Zeit den Krankenkassen richtig in die Hände spielt. Jedes neue Urteil des Bundessozialgerichts zementiert die Prüfpflicht der Heilmittelerbringer noch weiter. Fehlende neue Rahmenvereinbarungen verhindern einheitliche Vertragsabschlüsse auf Landesebene. Für den Praxisinhaber vor Ort sind das schlechte Nachrichten, denn die Kassen auf Landesebene sind gut darin, unklare Vertragssituation zu ihren Gunsten auszulegen (siehe unseren Bericht über die neue Prüfliste der AOK Baden-Württemberg).

Wer sich die Vereinbarung der Podologen mit dem GKV-Spitzenverband zur Prüfpflicht bei Podologie-Verordnungen durchliest, wird feststellen, dass diese Regel immer noch deutlich besser sind, als zum Beispiel die neue Prüfliste der AOK BaWü für alle andere Heilmittelerbringer. Klar, bei den Podologen ist alles viel einfacher, die Fristen sind kein Problem, insofern hinkt der Vergleich. Aber trotzdem muss man sich die Frage stellen, ob die Strategie, auf vormalige Rechte zu pochen und deswegen nicht zum Abschluss zu kommen, richtig ist. Wenn man dabei noch riskiert, dass der BHV auseinander driftet, dann ist das für den niedergelassenen Praxisinhaber umso ärgerlicher. Denn der ärgert sich täglich mit den AOKen herum und hat manchmal nicht ganz zu Unrecht das Gefühl, schikaniert zu werden. Diese Praxisinhaber würden es bestimmt begrüßen, wenn es bald eine Neufassung der Rahmenempfehlungen geben würde.

Drei Vorschläge, um in Zukunft bessere Ergebnisse zu erzielen:

1. Liebe Verbände, nehmt den BHV endlich mal ernst! Wenn man sieht, mit welcher Lieblosigkeit die Internetseite des BHV seit Jahren vor sich hin vegetiert, dann möchte man am liebsten die Überschrift „Wir sind die Heilmittel“ streichen. Wo bitte sind die aktuellen Pressemitteilungen über den letzten Verhandlungsstand? Wo werden Praxisinhaber ins Boot geholt?
2. Warum gibt es noch so viel „Geheimdiplomatie“ in der Heilmittelbranche? Wir leben in Zeiten von Facebook, Internetforen und kostenloser E-Mail-Kommunikation, da wäre es doch möglich, auch über Verbandsgrenzen hinaus zu diskutieren und Ziele und Verhandlungsstrategien gemeinsam zu erarbeiten.
3. Ist der GKV-Spitzenverband eigentlich der richtige Ansprechpartner zur Lösung der Probleme? Wäre es nicht sinnvoller eine Änderung der HeilM-RL als Top-Thema auf die Agenda zu setzen? Gäbe es nicht tausend Gründe, Patienten in jeder Praxis zu mobilisieren, Ärzte als Mitkämpfer ins Boot zu holen, um für Heilmittelerbringer, Patienten und Ärzte das Leben deutlich zu vereinfachen, indem man offensichtlich therapieverhindernde Regeln endlich aus der HeilM-RL streicht? Das wäre doch mal ein schönes gemeinsames Projekt für den BHV! *(bu)*

Klarheit bei podologischen Verordnung

Welche Angaben sind auf podologischen Verordnungsblättern notwendig, damit die Zusammenarbeit zwischen den Podologen und den Kassen möglichst reibungslos funktioniert? Mehr Klarheit soll hier nun eine konkretisierende Arbeitshilfe schaffen, die der GKV-Spitzenverband, der Verband Deutscher Podologen und der Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands gemeinsam erarbeitet haben.

Mit ihr liegt jetzt ein verbindliches Regelwerk für Podologen und Kassen vor, das seit dem 31.10.2011 Teil der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V ist und damit hoffentlich Streitigkeiten auf Landesebenen zwischen Praxen und Krankenkassen bezüglich der Gültigkeit von Verordnungen beendet.

Mit seinen Urteilen vom 27.10.2009 und vom 13.9.2011 hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass Heilmittelerbringer die Verordnungen sehr genau auf Vollständigkeit, sachliche Richtigkeit und auf Übereinstimmung mit der Heilmittel-Richtlinie prüfen müssen. Insbesondere im Bereich der Podologie haben im Zusammenhang mit dieser Prüfpflicht der Heilmittelerbringer zum Teil unterschiedliche Ansichten darüber bestanden, welche Angaben auf der Verordnung vorhanden sein müssen.

Mit dieser Vereinbarung sind die Podologen Vorreiter bei den Heilmittelerbringern hinsichtlich der Klärung von einheitlichen und verbindlichen Vorgaben. Die anderen Fachbereiche befinden sich noch in hartem Ringen mit den Kassen, denn die formalen Rahmenbedingungen sind zum Beispiel für den Bereich der Physiotherapeuten deutlich höher. *(bu)*

Service: Die Arbeitshilfe für die Prüfung von Podologie-Verordnungen finden Sie im Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de → Versorgungsbereiche der GKV → Heilmittel → Rahmenempfehlungen Podologische Therapie → Anlage 3) oder bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360.

PKV spart bei Heilmitteln

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat seine Zahlen für 2010 vorgelegt. Danach sind die Ausgabenzuwächse für Heilmittel bei der PKV deutlich niedriger als in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zwar sowohl bei den Gesamtausgaben als auch bei den Pro-Kopf-Ausgaben. Offensichtlich ist die PKV außerordentlich erfolgreich darin, Heilmittelrechnungen nicht in voller Höhe zu erstatten und Heilmittelpreise zu drücken. Dagegen hilft nur, in jeder Praxis konsequent Privatpreise zu verlangen, die deutlich über den beihilfefähigen Höchstsätzen liegen.

Die PKV verzeichnet weiterhin Mitgliederzuwächse und freut sich über nun bald neun Millionen vollversicherte Personen. Das ist das Ergebnis des 132-seitigen Zahlenberichtes der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Hilfreich dabei war die Gesundheitsreform der bürgerlichen Koalition, die die 3-Jahres-Wartefrist für Angestellte gestrichen und damit für einen überdurchschnittlichen Zulauf bei der PKV gesorgt hat. Wichtiger als der Mitgliederzuwachs bei der PKV ist jedoch die Entwicklung der Ausgaben für Heilmittel.

800 Millionen Euro hat die PKV in 2010 für Heilmittel an ihre Versicherten ausgezahlt. Das entspricht einem Zuwachs von 4,76 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Bei der GKV waren es rund 4,5 Mrd. Euro, die für Heilmittel ausgegeben wurden. Das entspricht einem Zuwachs von 5,5 Prozent. Deutlicher als die Heilmittel wuchsen bei der PKV in 2010 die Ausgaben für Heilpraktiker (218 Mill. Euro), die damit um 5,4 Prozent zulegten.

Große Unterschiede zwischen PKV und GKV Patienten zeigen sich, wenn man die Ausgabenzuwächse bei den Heilmitteln je Versicherten vergleicht. Während sich bei der PKV der Ausgabenanstieg je Versicherten mit 2,93 Prozent nur moderat veränderte, wuchsen die Heilmittelausgaben je Versicherten bei der GKV im selben Zeitraum um 5,97 Prozent.

Nicht ganz unschuldig an dieser unterschiedlichen Entwicklung dürfte die Erstattungspolitik vieler PKVen sein, die nach wie vor behaupten, die beihilfefähigen Höchstsätze wären die Erstattungsobergrenze – eine offensichtliche Unwahrheit, wie bereits gerichtlich und vom Bundesinnenministerium (wir berichteten) mehrfach bestätigt wurde. *(bu)*

Service:
Den Zahlenbericht 2010/2011 gibt es im Internet auf der Seite der PKV (www.pkv.de) oder bei der *up-premium plus*-Hotline 0800-9477360.

Höhere Richtgrößen in Westfalen-Lippe

Die KV Westfalen-Lippe hat ihre Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung veröffentlicht. 6,5 Prozent höhere Richtgrößen stehen den Ärzten im Bereich der KV-Westfalen-Lippe 2012 zur Verfügung. Durch eine Protokollnotiz der Heilmittelvereinbarung werden die verordnenden Ärzte zusätzlich weiter vor Regressen geschützt. Das sind gute Voraussetzungen, um Ärzten in Westfalen-Lippe die Angst vor Heilmittel-Verordnungen zu nehmen und dafür zu sorgen, dass Patienten in Westfalen-Lippe endlich genau so viel Heilmittel bekommen, wie in anderen Bundesländern.

6,5 Prozent Zuwachs in Westfalen-Lippe

Genau um 20 Millionen Euro steigt das Heilmittelausgabenvolumen in Westfalen-Lippe. Das entspricht einem Wachstum von knapp 6,5 Prozent, das vollständig in die Richtgrößen für 2012 eingeflossen ist. So sind bei allen Facharztgruppen überraschend einheitlich rund 6,5 Prozent Zuwachs zu verzeichnen. Die Vorab-Praxisbesonderheiten dokumentiert die KV Westfalen-Lippe in ihrer Prüfvereinbarung. Diese gelten so weiter, wie bereits im Vorjahr 2011.
In einer Protokollnotiz der Heilmittelvereinbarung wird das Regress-Risiko für Ärzte in Westfalen-Lippe deutlich verkleinert. So sollen zukünftig überdurchschnittlich viele Verordnungen außerhalb des Regelfalls (Genehmigungsvorbehalt) bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen entschärft werden. Außerdem hat man sich mit den Kassen darauf verständigt, für den Bereich Logopädie und Ergotherapie „Kriterien für die standardisierte Erkennung von Praxisbesonderheiten“ zu erarbeiten. Damit dürfte der Druck für die Ärzte deutlich geringer werden und Heilmittelerbringer in Westfalen-Lippe können ihre Patienten angemessen betreuen.

Ganz konkret: Sowohl das Wachstum des Heilmittelausgabenvolumens und der Richtgrößen als auch die erweiterten Regelungen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Heilmitteln sind wichtige Informationen für die verordnenden Ärzte in Westfalen-Lippe. Die Zeitschrift der KV „pluspunkt“ vom Dezember 2011 enthält alle wichtigen Informationen, die Ärzte erfahrungsgemäß aber nicht alle lesen. Deswegen können Praxisinhaber die Informationen (siehe Box) selbst lesen, diese kopieren und ihren Hauptverordnern zur Verfügung zu stellen. Den „pluspunkt“ gibt es auf der Internetseite der KV Westfalen-Lippe oder bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360. *(bu)*

Protokollnotiz zur Heilmittelvereinbarung Westfalen-Lippe:

„Eine überdurchschnittliche Verordnung von Heilmitteln, für die die Krankenkasse eine generelle Freistellung vom Genehmigungsvorbehalt erklärt hat, kann einen Mehraufwand begründen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass ein Vertragsarzt mit seinen Heilmittelverordnungen insgesamt in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden kann.
In 2012 werden die Vertragspartner im Bereich Logopädie/Ergotherapie Kriterien für die standardisierte Erkennung von Praxisbesonderheiten erarbeiten. Bis dahin empfehlen die Vertragspartner der Prüfungsstelle, in diesem Bereich ausschließlich Beratungen auszusprechen. Die Vorschläge sind bis spätestens Oktober 2012 gemeinsam abzustimmen und im Rahmen der für 2013 anstehenden Verhandlungen auf Umsetzbarkeit zu prüfen.
Für die Erarbeitung geeigneter Kriterien zur standardisierten Erkennung von Praxisbesonderheiten in den Bereichen Logopädie/Ergotherapie werden sie u. a. Kontakt mit solchen Praxen aufnehmen, deren Verordnungsvolumen in einem der Bereiche auffällig hoch ist.“

Quelle: Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1SGB V für das Jahr 2012 für Westfalen-Lippe – Zitiert aus „pluspunkt“, Ausgabe Dezember 2011

Service:
Alle neuen Richtgrößen können unter *www.heilmittel-regress.de* oder bei der *up-premium plus*-Hotline abgerufen werden.

Richtgrößen KV Nordrhein: Kinderärzte plus 21 Prozent

6,5 Prozent Zuwachs in Nordrhein

26 Millionen Euro mehr als im Vorjahr für Heilmittel können Ärzte im Gebiet der KV Nordrhein 2012 verschreiben. Die neue Heilmittelvereinbarung zwischen KV und den Kassen sieht für das nächste Jahr ein Heilmittelausgabenvolumen von insgesamt 445 Millionen Euro vor. Das entspricht einer Steigerung von rund 6,5 Prozent. Die Richtgrößen der Kinder- und der HNO-Ärzte wachsen überdurchschnittlich.

In Nordrhein haben praktisch alle Facharztgruppen mit den neuen Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarungen gewonnen. Kinderärzte legen deutlich um mehr als 21 Prozent zu und bewegen sich damit bei den Heilmittelausgaben auf dem gleichen Niveau wie die Orthopäden. Über die lang fällige Korrektur ihrer Richtgrößen freuen sich die HNO-Ärzte, die mit rund 18 Prozent Zuwachs zwar immer noch das Schlusslicht bei den Heilmittel-Richtgrößen darstellen, aber jetzt wenigstens wieder den Rückgang der Richtgrößen vom vergangenen Jahr kompensieren können. *(bu)*

KV Baden-Württemberg veröffentlicht Richtgrößen

2012 weniger Heilmittel für Ba-Wü

Die KV Baden-Württemberg hat die aktuellen Richtgrößen für das Jahr 2012 veröffentlicht. Nullwachstum heißt die Devise – sprich die Richtgrößen stagnieren auf Vorjahresniveau. Bei einer gleichzeitigen Preiserhöhung der Physiotherapie um fast zwei Prozent bedeutet das, dass die Ärzte in Baden-Württemberg 2012 im dritten Jahr in Folge weniger Heilmittel verordnen können.

Eine Null-Runde bei den Heilmittel-Richtgrößen macht es den Ärzten nicht leichter, Heilmittel zu verordnen. Zwar gelten nach wie vor die umfangreichen Vorab-Praxisbesonderheiten, aber das System ist so komplex, dass nicht alle Ärzte die entsprechenden Sonderziffern bei der Abrechnung mit der KV nutzen.

Man kann nur spekulieren, warum in Baden-Württemberg die Heilmittel-Richtgrößen stagnieren. Denn aus den Zahlen heraus lässt sich das Nullwachstum nicht erklären. So hatte man auf Bundesebene im September das Heilmittelausgabenvolumen um immerhin 4,5 Prozent angehoben, mit der Möglichkeit dies auf Landesebenen aufzustocken. Doch bei den niedergelassenen Ärzten ist davon nichts angekommen. Gleichzeitig erhöhen sich die Preise für Physiotherapie in Baden-Württemberg 2012 um 1,9 Prozent. Ärzte können also weniger Heilmittel verordnen als im Vorjahr. Entweder vertraut die KV ganz und gar auf die segensreichen Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes oder das Heilmittelausgabenvolumen ist als Verhandlungsmasse zu Gunsten anderer Bereiche geopfert worden.

Nullrunde in Baden-Württemberg

Ganz konkret: Die KV BaWü hat die Ärzte noch einmal daran erinnert, Heilmittel-Verordnungen bei der Abrechnung mit der KV durch sogenannte Sonderziffern zu markieren. Offensichtlich kennen oder nutzen viele Ärzte diese Möglichkeit noch nicht, um Vorab-Praxisbesonderheiten für sich zu reklamieren. Daran sollte man seine Ärzte aktiv erinnern. *(bu)*

Die „neuen" alten Richtgrößen, Praxisbesonderheiten etc. finden Sie wie immer unter www.heilmittel-regress.de → KV Baden-Württemberg.

Gastbeitrag

Freie Therapeuten sammeln abgesetzte Rezepte

Bereits in der letzten Ausgabe haben wir über die Aktivitäten der interdisziplinären Gruppe „freie Therapeuten" berichtet. Diese hatten mit einem Rundbrief an Politiker auf die Missstände für Heilmittelerbringer aufmerksam gemacht und unter anderem die Abschaffung der Richtgrößen gefordert. Nun planen die freien Therapeuten ihre nächste Aktion. Mitbegründer und Logopäde Uwe Fischer beschreibt, worum es geht und ruft zur Mithilfe auf.

Auf ihrer Homepage rufen die „Freien Therapeuten" zur Sammlung von Absetzungen auf. Nach nur vier Monaten unseres Bestehens haben wir damit unser erstes Ziel erreicht: Die Probleme der Heilmittelerbringer werden auf höchster politischer Ebene diskutiert.

Natürlich gibt es auch enttäuschende Reaktionen. Politikern, wie zum Beispiel Karl Lauterbach (Beratertätigkeiten unter anderem für die AOK in Bayern, in Düsseldorf und für die Barmer), sind unsere Forderungen naturgemäß suspekt. Die Antworten auf unser Schreiben sind geprägt von einseitiger Positionierung zugunsten der „Großen" im Kampf um die Verteilung des Kuchens „Gesundheitsausgaben". Andere hingegen erkennen, dass wir als Therapeuten ohnehin nur von den Krümeln leben (weil drei Prozent der Gesamtkosten keinesfalls das kalorienreiche Sahnehäubchen darstellen) und unterstützen uns.

Zwei der Fragen, die seitens der Politiker gestellt wurden, lauten: „Werden die Therapeuten tatsächlich mit einem unzumutbaren bürokratischen Aufwand überzogen?" – „Kommt es tatsächlich zur Nichterstattung bereits geleisteter, wertvoller therapeutischer Arbeit in Millionenhöhe?" Wir kennen die Antworten; sie lauten „Eindeutig JA!". Nun möchten wir diese Antworten auch mit Zahlen untermauern und benötigen die Unterstützung der Therapeuten in ganz Deutschland.

Deshalb unser Aufruf: Schickt uns unter Unkenntlichmachung der Patientendaten ALLE Verordnungen, die entweder fehlerhaft ausgestellt wurden oder zur Absetzung kamen! Es ist unser Geld, um das wir kämpfen. Geld, das uns fehlt durch unnötige und unbezahlte Arbeit, durch Therapieausfälle, wenn wir Patienten mit fehlerhaften Verordnungen wegschicken müssen oder durch die von vielen Seiten angeprangerte Unterschlagung von Geldern mittels Nichterstattung unserer geleisteten Arbeit an schwerst kranken Patienten.

Das Verständnis zumindest für die Unzumutbarkeit der Umsetzung der Prüfpflicht scheint vorhanden zu sein. Das haben die bisherigen Gespräche gezeigt. Ja, wir kennen die Argumente, wie „Aber die vielen Gerichtsurteile!" – „Aber das steht doch in HMR, HMK und RV!". Die Freien Therapeuten aber fragen: „Wart Ihr an diesen Regularien beteiligt? Wurdet Ihr nach Eurer Meinung gefragt? Nein. Aber Ihr seid davon betroffen, oder?" Und damit habt Ihr das Recht, die Änderung dieses Systems zu fordern. Das ist Euer Recht.

Uwe Fischer

Chronik eines Trauerspiels ungenügender politischer Kontrolle

Das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg ist die aufsichtsrechtlich zuständige Behörde für die Krankenkassen des Landes und sollte sich dementsprechend auskennen, um solche Aufsicht auch wahrnehmen zu können. Die vorliegende Chronik zeigt allerdings, dass diese Aufsichtsbehörde nicht nur wenig Ahnung von der Materie hat, sondern sich offenbar ganz auf die Angaben der zu kontrollierenden Krankenkasse verlässt. Sonstige Betroffene (hier die Heilmittelerbringer) bleiben außen vor.

3. November 2011:
Die Abgeordneten Stefan Teufel (CDU) und Jochen Haußmann (FDP/DVP) stellen beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren eine Anfrage zur Situation der Heilmittelerbringer in Baden-Württemberg. Darin fragen sie unter anderem, „ob es zutrifft, dass auch bloße Formfehler [bei Heilmittel-Verordnungen] bereits zur Ablehnung der Vergütung führen können, ohne dass (wie früher üblich) einen nachträgliche Korrekturmöglichkeit eingeräumt wird.“ (Drucksache 15/818)

14. November 2011
Die AOK beantwortet die vom Ministerium weitergeleiteten Fragen der parlamentarischen Anfrage und stellt Daten zur Versorgungssituation mit Heilmitteln in Baden-Württemberg zur Verfügung.

21. November 2011
Das Ministerium beantwortet die Fragen der parlamentarischen Anfrage mit Hilfe der Antworten der AOK und mit Zitaten aus den einschlägigen Urteilen des Bundessozialgerichts. Heilmittelverbände sind entweder nicht gefragt worden oder die Antworten wurden ignoriert. Da in der Antwort des Ministeriums nur eine Sicht (nämlich, die der Krankenkasse) dokumentiert wird, bietet sie wenig Substanz.

Fazit des Ministeriums: „Im Falle rein formeller Fehler (z. B. fehlender Unterschrift des Vertragsarztes oder des Therapeuten) kann bei nachträglicher Ergänzung der Verordnung eine Nachberechnung oder erneute Rechnungslegung erfolgen“. Diese Aussage widerspricht einer aktuellen Prüfliste der AOK Baden-Württemberg, die Therapeuten vor Absetzungen schützen soll.

6. Dezember 2011
up fragt bei der AOK Baden-Württemberg nach, warum die internen Prüfregeln den Angaben des Ministeriums widersprechen. Diese antwortet umgehend und teilt mit, dass sie ihren Standpunkt (Verordnung ohne Unterschrift des Arztes ist ungültig und von der Rechnung abzusetzen) dem Ministerium bereits am 14. November 2011 mitgeteilt habe. Das Ministerium habe das leider übersehen.

7. Dezember 2011
Wiederum bittet die AOK das Sozialministerium um eine Stellungnahme. Das Ministerium rudert zurück und gibt bekannt: „...Bezug nehmend auf Ihre Anfrage hinsichtlich der rechtlichen Bewertung einer fehlenden Arztunterschrift auf Heilmittelverordnungen stellen wir nach nochmaliger rechtlicher Prüfung klar, dass eine fehlende Arztunterschrift abweichend von den Ausführungen zu Ziff. 3 der Landtags-Drucksache 15/818 nicht zwingend als heilbarer formeller Fehler zu qualifizieren ist. Auf der Grundlage von § 13 der Heilmittel-Richtlinien halten wir die Qualifizierung einer fehlenden Arztunterschrift als materiellen und nicht heilbaren Fehler mit der Konsequenz einer Rechnungsabsetzung für rechtlich vertretbar...“

9. Dezember 2011
Die AOK Baden-Württemberg sieht sich in ihrer Rechtsauffassung durch das Sozialministerium bestätigt. In diesem Punkt ist dies rechtlich nicht zu beanstanden.

Ergebnis:
Als Ergebnis ergibt sich ein wenig schmeichelhaftes Bild für das Sozialministerium: Die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen stützt ihre Antwort über die Situation der Heilmittelerbringer auf Informationen der Krankenkasse, die ursächlich für die verschärften Prüfungen verantwortlich ist. Und sie muss sich bei der Beantwortung der Fragen auch noch von genau dieser Krankenkasse korrigieren lassen!

Bleibt die Frage offen, wer in Baden-Württemberg die Krankenkassen kontrolliert? Das Sozialministerium offensichtlich nicht! *(bu/ko)*

Bundessozialgericht streicht Regeln aus den Rahmenverträgen

Risiko für Abrechnungskürzungen nimmt zu

Ein Physiotherapeut hatte gegen eine Rechnungskürzung durch die AOK geklagt und vor dem Bundessozialgericht verloren. Jetzt konkretisiert das BSG noch einmal die Anforderungen an die Gültigkeit einer Verordnung. Neben Vollständigkeit und Plausibilität muss auch das Wirtschaftlichkeitsgebot von Heilmittelerbringern beachtet werden. Das Risiko, eine Verordnung nicht bezahlt zu bekommen, nimmt damit deutlich zu.

Die Ausgangslage des BSG Verfahrens: Eine Erst-Verordnung für Physiotherapie über zehn Behandlungseinheiten war erbracht und abgerechnet worden, die AOK hatte aber nur sechs Leistungen bezahlt. Begründung der AOK: Die HeilM-RL sieht als Höchstverordnungsmenge nur sechs Einheiten vor. Gegenargument des Physiotherapeuten: In dem entsprechenden Rahmenvertrag sei eine Prüfpflicht z. B. hinsichtlich der Höchstverordnungsmenge durch den Therapeuten ausdrücklich ausgeschlossen.

Heilmittelrichtlinie gilt vor Rahmenverträgen

In seiner Urteilsbegründung weist das BSG nun die Begründung des Physiotherapeuten vollständig zurück. Tenor: Wenn eine Regelung des Rahmenvertrags zwischen Krankenkassen und Heilmittelverbänden gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt, ist solch eine Regelung nichtig. Gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße nach Ansicht des Gerichtes jede Abweichung von den Vorgaben der HeilM-RL.

Das bedeutet, dass Rahmenverträge zukünftig keine hinreichende Sicherheit bei der Abrechnung mehr bieten. Sollte eine nachträglich Überprüfung ergeben, dass die betreffende Regelung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt, ist diese Regelung unwirksam. Ein Beispiel dazu wird in der Urteilsbegründung gleich geliefert: „Teilweise regelt bereits die HeilM-RL ausdrücklich, dass bei spezifischen Mängeln die Verordnung ihre Gültigkeit verliert. So liegt es, wenn nicht innerhalb festgelegter Zeiträume mit der verordneten Behandlung begonnen oder wenn eine begonnene Behandlung über spezifische Zeiträume hinaus unterbrochen wird.“ – Damit kassiert das BSG faktisch alle in den Rahmenverträgen vereinbarten Ausnahmeregelungen zur Fristenproblematik ein.

Auch auf die Regeln zum Ausfüllen des Verordnungsvordrucks geht das BSG in seinem Urteil ein (§ 13 HeilM-RL). Dabei nimmt das Urteil nur Bezug auf die alte Fassung der HeilM-RL.

Nimmt man den Tenor des Urteils und wendet es auf die Neufassung der HeilM-RL vom 1. Juli 2011 an, dann wird das Ergebnis noch unerfreulicher. In § 16 Abs. 1 heißt es: „Die Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die in § 13 Abs. 2 erforderlichen Angaben enthalten sind.“ In § 13 werden alle Daten einer Heilmittelverordnung als erforderliche Angaben festgehalten. Das bedeutet, dass die AOK Baden-Württemberg tatsächlich im Recht zu sein scheint, wenn sie fordert, dass die Behandlung wirklich erst dann begonnen werden darf, wenn die Verordnung gültig (sprich vollständig und plausibel) ist.

Nur wenig Änderungsmöglichkeiten erlaubt

Die Erklärung der Ersatzkassen, man würde auf solche strenge Auslegung hinsichtlich des Behandlungsbeginns verzichten, könnte sich vor diesem Hintergrund als „nichtig“ erweisen. Ebenso wie z. B. die im Rahmenvertrag vereinbarte Möglichkeit für Physiotherapeuten, den Indikationsschlüssel zu ergänzen. Denn die HeilM-RL ist hier deutlich: „Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen…einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.“ (§ 13 Abs. 1). Einzige in der HeilM-RL vorgesehenen Änderungsmöglichkeiten durch Therapeuten sind die Angaben zur Frequenz und die Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie.

Letztlich hängt es von der individuellen Risikobereitschaft des Praxisinhabers ab, wie man mit ungültigen Verordnungen in Zukunft umgehen will. Vermutlich wird es noch eine gewisse Zeit möglich sein, sich auf die jeweiligen Rahmenverträge zu berufen, um Fristenprobleme und korrigierte Verordnungen bezahlt zu bekommen.

Spätestens wenn die Krankenkassen schriftlich daraufhin weisen, dass die strengeren Auslegungen gelten, wird man diese Anforderungen detailliert umsetzen müssen – ohne „Wenn und Aber“, denn sonst riskiert man die vollständige Absetzung. Dann gilt es, die Patienten in die Verantwortung für eine gültige Verordnung miteinzubeziehen (wir berichteten), keine Termin mehr zu vergeben, ohne zuvor die gültige Verordnung gesehen zu haben und mit den Ärzten Zeiten zu vereinbaren, in denen Verordnungen gültig gemacht werden.

Politisch gäbe es die Möglichkeit, die gerade in Arbeit befindliche Neufassung der HeiM-RL (z. B. wegen der Zahnärzte) zu nutzen, um im Gemeinsamen Bundesausschuss daraufhin zu wirken, dass die Gültigkeit einer Verordnung nicht durch Fristüberschreitung verwirkt wird und dass auch nachträgliche Veränderungen an der Verordnung möglich sind. Solche Änderungen müssten die Heilmittelverbände sowohl bei den Patientenvertretern als auch bei den Ärztevertretern mit guten Erfolgsaussichten vorbringen können, da sowohl Patienten als auch Ärzte davon profitieren können. *(bu)*

up-premium plus

Den vollständigen Text des Urteils des BSG können Sie bei der ***up-premium plus***-Hotline 0800-9477360 kostenlos abfordern (AZ: B 1 KR 23/10 R) anfordern.

Verjährungsfristen von Privathonoraren beachten!

Therapeuten sollten die Verjährungsfristen von Privathonoraren beachten. Nach § 195 BGB verfallen zum 31. Dezember die Ansprüche ausstehender Rechnungen aus dem Jahre 2008. Darauf weist die Arzt-Auskunft im aktuellen Stiftungsbrief-News hin.

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt laut § 195 BGB drei Jahre. Sie beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, und der Gläubiger davon Kenntnis erlangt hat. Eine Verjährung kann nur dann unterbrochen werden, wenn die Honoraransprüche durch gerichtliche Mahnbescheide oder Klagen geltend gemacht werden. Dazu sollten zeitnah Rechtsanwälte oder Verrechnungsstellen eingeschaltet werden. *(ks)*

Hype um Power Plate und Co

Vibration doch keine Auswirkung auf Knochendichte

Die Ganzkörpervibrationstherapie (WBV) hat keine Auswirkungen auf die Knochendichte bei Frauen in der Postmenopause. Das berichtet das Fachportal für Ärzte „SpringerMedizin" und bezieht sich auf das Ergebnis einer kanadischen Studie, die in den Annals of Internal Medicine jetzt veröffentlicht wurde.

In jüngster Zeit war die Therapie auf Geräten wie PowerPlate oder Galileo als neue Präventionsmethode der Osteoporose gehandelt worden, nachdem sie bei Ratten Wirkung gezeigt hatte, heißt es bei „SpringerMedizin". Doch die Studien, die die Wirkung des Trainings auf das Skelett von Frauen in der Postmenopause untersucht hatten, kamen bisher zu widersprüchlichen Ergebnissen. Für die aktuelle Studie hatten am Toronto General Hospital in Ontario 202 gesunde Frauen über einen Zeitraum von einem Jahr teilgenommen. Sie waren im Schnitt 65 Jahre alt, hatten bei der Knochendichtemessung einen T-Score zwischen – 1,0 und – 2,5 und nahmen keine Medikamente zur Regulierung des Knochenstoffwechsels ein.

Die Probanden wurden in drei Gruppen eingeteilt: Die ersten beiden standen täglich 20 Minuten auf einer Vibrationsplattform mit niedriger vertikaler Spitzenbeschleunigung (0,3 g) und einer Frequenz von 90 oder 30 Hz, die Kontrollgruppe erhielt keine Ganzkörpervibrationstherapie. Alle drei Gruppen nahmen zusätzlich Kalzium und Vitamin D ein.

Das Ergebnis: Die Messungen von Knochenmineraldichte und Knochenstruktur zeigten keine signifikanten Unterschiede. Die Knochendichte im Schienbein hatte sich bei der 90-Hz-Gruppe im Durchschnitt um + 0,4 mg/cm³, in der 30-Hz-Gruppe um – 0,1 mg/cm³ und in der Kontrollgruppe um – 0,2 mg/cm³ verändert. Ähnliche Ergebnisse gab es auch bei Messungen an Lendenwirbelsäule, Hüfte und Schenkelhals. Auch die Zahl der Frakturen blieb in dem Studienzeitraum in allen Gruppen gleich. *(ks)*

kurz & knapp

Regionales Gesundheitsportal online +++ Die Fachhochschule (FH) und die Stadt Flensburg haben gemeinsam die Internetplattform „Gesundheitsportal Flensburg" entwickelt, die jetzt an den Start gegangen ist. Unter *www.gesundheitsportal-flensburg.de* finden Interessierte eine regionale, aktuelle und vollständige Übersicht zum Thema Gesundheit – auch ein Verzeichnis von Heilmittelerbringer in der Region ist dort zu finden.

Das nach Angaben der Initiatoren deutschlandweit einmalige Projekt ist von Studenten des Masterstudiengangs „eHealth" der Fachhochschule Flensburg unter der Leitung von Professor Dr. Roland Trill in zwei Jahren entwickelt worden, heißt es in einer Pressemitteilung.

Im Mittelpunkt der Plattform stehen die Themenbereiche „Gesund werden" und „Gesund leben". Unter „Gesund werden" finden Interessierte ein Verzeichnis der Gesundheitsanbieter, unter anderem auch Heilmitteltherapiepraxen – sortiert nach Flensburger Stadtteilen. In der Rubrik „Gesund leben" werden Tipps für eine gesunde Lebensgestaltung gegeben.

Die Plattform soll stets weiterentwickelt werden. „Das Gesundheitsportal soll und wird leben", betonte Mitinitiator Dr. Martin Oldenburg vom Gesundheitshaus Flensburg, „das heißt, es wird durch die Mitwirkung der Bürger und der Leistungserbringer immer besser werden." *(ks)*

Aktualisierte Prüfliste der AOK Baden-Württemberg

In 2012 einfach alles selbst ändern!

Die AOK Baden-Württemberg hat die Grenzen für ungültige Abrechnungen mit einer aktuellen Prüfliste schärfer gezogen. Zugleich schafft sie aber mit einem neuen Rahmenvertrag der Physiotherapeuten die Möglichkeit für Heilmittelerbringer, selbstständig ihre Verordnungen zu korrigieren.

Die aktuelle Prüfliste der AOK umfasst vier Seiten mit 25 Punkten, die genau beschreiben, wann die Kasse einen Grund zu Absetzung sieht und wann nicht. Damit unterstreicht die AOK ihre Strategie, dass eingereichte Rezepte absolut fehlerfrei sein müssen. Wie Therapeuten dies hinbekommen, ist nicht relevant, solange sie mit dem Arzt darüber gesprochen haben und dies auf der Verordnung erkennbar ist. In der täglichen Abrechnungspraxis meinen viele Praxisinhaber, das ganz anders zu erleben. Schon im März 2010 haben wir darüber berichtet (*www.up-aktuell.de/news/2010/03/rezeptanderungen-nach-absprache-moglich-9196.html*), dass die AOK viele Änderungen durch Therapeuten akzeptiert. Die Reaktion vieler Kollegen war zunächst ungläubig: „Stimmt doch gar nicht“ oder „Bei mir kürzen die immerzu“.

Aber jetzt hat die AOK das Recht der Therapeuten, die meisten Punkte auf der Verordnung nach Rücksprache mit dem Arzt selbstständig zu ändern, in einen Rahmenvertrag mit den Physiotherapeuten festgezurrt – und schafft damit ein akzeptables Maß an Sicherheit für Praxisinhaber, das abgerechnete Geld auch wirklich zu bekommen. Einzige zu beachtende Regel lautet: Der Therapeut muss dafür sorgen, dass die Verordnung vor Behandlung bzw. Abrechnung gültig ist – notfalls selbstständig.

Im Einzelnen darf ein Therapeut nach telefonischer Rücksprache praktisch alles auf der Verordnung ergänzen, korrigieren und erweitern mit drei Ausnahmen, die im Vertrag benannt werden: Angabe des Heilmittels, Diagnose und der Anzahl der Behandlungen (siehe Box).

Auch bei den Fristen gibt es keine großen Probleme mehr. Für den Behandlungsbeginn gilt die 14 Tage Frist, wenn kein Behandlungsbeginn vom Arzt festgelegt wurde. Wurde die Frist überschritten kann der Therapeut nach telefonischer Rücksprache mit dem Arzt selbst einen Behandlungsbeginn eintragen oder ein eingetragenes Datum ändern.

Die Unterbrechung zwischen zwei Behandlungen darf bei den Physiotherapeuten in Baden-Württemberg bis maximal 28 Tage lang sein, wenn dafür ein Unterbrechungskürzel „T“, „K“ oder „F“ eingetragen wird.

Zukünftig reicht also ein Anruf beim Arzt, eine anschließende eigenständige Korrektur auf der Verordnung, Handzeichen und schon ist die Verordnung gültig und wird bezahlt! Hoffentlich klappt das auch so in der Abrechnungsrealität.

An der AOK Baden-Württemberg soll es nicht scheitern, sagt die Pressestelle und erklärt zur Rechnungs-Prüfliste: „Mit der Prüfliste möchten wir die Therapeuten dabei unterstützen, den Aufwand zur Abrechnung von Verordnungen so gering wie möglich zu halten. Dabei sind wir für Verbesserungsvorschläge der Therapeuten stets offen.“

i Hintergrund

„§ 4 Verordnung/Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt/Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen (Anlage 3) dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind (Verordnungsmuster 13). Die Verordnung hat dabei die Angaben zu enthalten, die in § 13 Abs. 2 Heilmittel-Richtlinie gelistet sind.

2. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung mit Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen, der zum Ausdruck bringt, dass die Verordnung in dieser Form ärztlicherseits gewünscht wird. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beigefügt werden. Die Veränderung oder Ergänzung kann auch nach telefonischer Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt durch den Leistungserbringer vorgenommen werden. Dies gilt nicht für eine Veränderung der Angabe des Heilmittels, der Diagnose und der Anzahl der Behandlungen. Die vom Vertragsarzt genehmigten Änderungen der Verordnung sind mit Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.“

Quelle: Rahmenvertrag nach §125 Abs. 2 SGB V zwischen Berufsverbänden der Physiotherapeuten und der AOK Baden-Wüttemberg.

Der neue Rahmenvertag tritt am 1.2.2012 in Kraft und beschert den Physiotherapeuten eine kleine Preiserhöhung von immerhin rund 1,9 Prozent.

Ganz konkret: Die Prüfliste der AOK können Sie dort oder bei der ***up-premium plus***-Hotline kostenlos anfordern. Wer dem Frieden nicht traut, probiert die Änderungen erst einmal an ein oder zwei Verordnungen aus und lässt alle anderen Verordnungen vom ausstellenden Arzt quittieren. Wird die Abrechnung ohne Absetzung akzeptiert, kann in Zukunft auf die Arztquittung ganz verzichtet werden. Wichtig ist es, dass alle Mitarbeiter der Praxis die Prüfliste kennen und wissen, dass und wie man die Verordnung vor Abrechnung so korrigiert, dass sie gültig ist. *(bu)*

Wie betriebliche Gesundheitsprävention funktionieren kann

„PowerPause“ statt MittagsPause

Das Büro als Fitness-Studio? Die beiden Sportstudenten der Ruhr-Universität Bochum Christian Klein und Jascha Telaar machten aus den Büroräumen der Mitarbeiter der Agentur für Arbeit in Bochum kurzerhand eine Präventionsoase. Im Rahmen ihres Masters entwickelten sie das wissenschaftliche Pilotprojekt „PowerPause“. Ein interessantes Beispiel für Therapeuten, wie man erfolgreich Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickeln kann.

Mit „Powern statt Pause“ könnte man das Konzept von „PowerPause“ beschreiben. Die Idee ist einfach und erfordert nur ein wenig Kreativität: Statt in der Mittagspause wieder beim Essen oder Plausch mit den Kollegen zu sitzen, wird trainiert, werden Aktenordner zu Hanteln, Bürostühle zu Trainingsgeräten und das Treppenhaus und der Parkplatz zur Joggingstrecke. „Durch regelmäßiges Training steigt die physiologische Leitungsfähigkeit und das Wohlbefinden“, erklären die beiden Masterstudenten Klein und Telaar, „während die Zahl der Krankentage sinkt.“ Somit sei „PowerPause“ sowohl ein Gewinn für die Arbeitnehmer als auch für die Arbeitgeber.

Fitness-Programm für Firmen

Im Rahmen eines Praktikums bei der Bochumer Agentur für Arbeit kamen der 26-jährige Jascha Telaar aus Bocholt und der 25-jährige Christian Klein aus Aachen auf die Idee, die Mitarbeiter fitter zu machen. Gemeinsam mit dem Prodekan der Fakultät für Sportwissenschaft und Leiter des Lehrstuhls für Trainingswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum Professor Dr. Alexander Ferrauti entwickelten sie ihr Fitness-Programm für Firmen, das sich in jeden Arbeitsalltag integrieren lässt.

Anfang April starteten sie mit 20 Teilnehmern zwischen 25 und 50 Jahren ihr Pilotprojekt. Trainiert wurde unter Anleitung montags, mittwochs und freitags jeweils eine halbe Stunde in der Mittagspause – für einen frischen Start in die zweite Tageshälfte. Um mögliche Fortschritte der körperlichen Fitness nachweisen zu können, bestimmten Übungen zur Koordination, zur Ausdauer und zur Kraft jeweils einen Monat lang den Trainingsplan. Als Zusatzgeräte dienten

Thera-Bänder, die im Unternehmen bereits vorhanden waren, und Pezzi-Bälle, die sie anschaffen mussten.

Pilotprojekt liefert positive Ergebnisse

Jeweils am Ende eines Monats wurde ein Test durchgeführt, um die Effektivität zu prüfen, aber auch Stärken und Schwächen von „PowerPause“ zu erkennen und zu verbessern. Untersucht wurde die Leistungsfähigkeit in den drei Bereichen sowohl vor wie nach jedem Trainingsmonat. Die Testergebnisse fielen so positiv aus, dass selbst Klein und Telaar überrascht waren. „Wir hätten niemals gedacht, dass innerhalb von nur drei Monaten so signifikante Verbesserungen erreicht werden könnten“, freut sich Telaar. Schon eine halbe Stunde reiche also aus, so sein Fazit, Menschen fitter und damit gesünder zu machen.

Das Pilotprojekt, das Ende Juni 2011 abgeschlossen wurde, ließ aber nicht nur die beiden Studenten strahlen, sondern auch die Mitarbeiter der Agentur für Arbeit in Bochum. Sie bestätigten, dass sie sich durch die regelmäßigen Übungen gesünder und ausgeglichener fühlten und gaben „PowerPause“ nach Aussage Telaars die Note „sehr gut“.

Auch bundesweit fand das Projekt zur Firmenfitness inzwischen Anerkennung. Im Rahmen des Wettbewerbs für Studierende „Was macht gesund?“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gehörte „PowerPause“ zu den 15 Gewinnern und wurde mit einem Preisgeld von 10.000 Euro belohnt.

Konzept funktioniert auch wirtschaftlich

Ein Ansporn für Klein und Telaar, sich mit ihrer Idee selbständig zu machen. Die Homepage steht bereits, Visitenkarten und Flyer sind auch schon gedruckt. „Im nächsten Schritt müssen wir auf die Firmen zugehen“, meint Telaar. Erste Anfragen – auch aus dem Ausland – liegen bereits vor. Der Bedarf sei auf jeden Fall vorhanden, ergänzt er, die Menschen arbeiten immer länger und werden immer älter. „Die Barmer GEK hat unser Konzept inzwischen anerkannt“, freut sich der künftige Jungunternehmer, „und wir hoffen, dass uns unsere Unternehmensidee nach bestandenem Master im Herbst nächsten Jahres auch ernähren wird...“. *(ks)*

Kontakt: www.powerpause.de

Fit in der Firma

Wir bringen Bewegung in Ihr Unternehmen. Egal ob in Seminarräumen, Treppenhäusern, Fluren oder auf der kleinen Wiese hinter dem Gebäude, lassen Sie sich überraschen, welche Möglichkeiten sich bieten, Ihr Unternehmen gesünder zu machen.

Mit Effizienz und Kontinuität zum Erfolg

Gerne kommen wir persönlich in Ihr Unternehmen, um Ihnen unser Konzept vorzustellen und es optimal an Ihre Vorstellungen anzupassen. Unser innovatives Konzept verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, um Ziele auf völlig verschiedenen Ebenen zu erreichen:

- die Steigerung der physiologischen Leistungsfähigkeit
- die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens
- die Produktivität am Arbeitsplatz zu optimieren, vor allem in der 2. Tageshälfte
- die Reduktion von krankheitsbedingten Fehlzeiten

Außerdem stärkt gemeinsames Sportreiben den Teamgeist und verbessert das Betriebsklima.

Ihre Vorteile

Unsere Betriebliche Gesundheitsförderung bietet sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer einen beachtlichen Benefit.

Vorteile Arbeitgeber

- Kostenersparnis durch Reduktion von Absentismus
- Kosteneinsparungen durch verringerte Krankheitskosten
- Imagegewinn und Steigerung von Mitarbeiterzufriedenheit
- Motivierte und leistungsstarke Mitarbeiter auch mit zunehmendem Alter
- Verbesserung des Betriebsklimas

Vorteile Arbeitnehmer

- Reduktion von Gesundheitsrisiken
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Steigerung der physischen, psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit
- Förderung des Gesundheitsbewusstseins

Sie sehen, dass durch geringe Kosten lohnende Gewinne auf verschiedenen Ebenen erreicht werden können.

Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen

Dritte Auflage liegt vor

Der Werbe- und Kommunikationsplan für Heilmittelpraxen geht nun bereits in die dritte Auflage. Das Format hat sich zu einer praktischen Plakatform geändert. Einige Termine sind dazu gekommen, andere sind rausgefallen. Neu ist der Raum für die Projektplanung, damit Sie ausreichend Vorlauf für die Aktionen einplanen können. Ihre Marketingplanung für das Jahr 2012 kann also gleich losgehen.

„Jetzt wird es höchste Zeit die Marketingaktivitäten vorzubereiten, die in den nächsten Monaten stattfinden sollen". Kommt Ihnen dieser Satz bekannt vor? Richtig, Sie haben ihn im letzten Jahr jeden Monat in *unternehmen praxis* gelesen. Wir wollten Sie unterstützen, Ihre Marketingaktivitäten frühzeitig zu planen und durchzuführen. Aufgrund der großen Nachfrage haben wir nun den Marketingplan neu aufgelegt. Hängen Sie sich den neuen Plan gleich auf und fangen Sie jetzt an, Ihre Aktionen für das nächste Jahr zu planen.

Der Marketingplan ist unter der Artikelnummer 02012 im buchner Shop erhältlich (netto 4,16 Euro).

Die Zutaten für einem gelungen Plan

12 Monate: Fix und fertig für Sie vorbereitet, können Sie den Werbe- und Kommunikationsplan zum Beispiel in Ihrem Arbeitszimmer aufhängen. So haben Sie das ganze Jahr kompakt vor Augen und können leicht planen, welche Werbeaktivitäten Sie umsetzen wollen.

57 Termine: Heilmittelpraxen haben in der Regel kein großes Budget für Werbung und Kommunikation. Deswegen nutzen viele erfolgreiche „Praxiswerber" Termine, die ohnehin im Fokus der Medien oder einer bestimmten Zielgruppe stehen. Wenn Sie zu diesen Terminen „Werbung" machen, ist Ihnen die Aufmerksamkeit der Medien oder der Zielgruppe gewiss. So nutzen Sie Ihr kleines Werbebudget optimal! Ergänzen Sie die vorgegebenen 57 Termine um weitere für Ihre Praxis interessante Termine.

6 Werbe- und Kommunikationsstrategien:

Sichtbarkeit herstellen, Glaubwürdigkeit und Vertrauen etablieren und Abschlüsse machen – das sind die Ziele der sechs vorgestellten Strategien. Heilmittel sind Dienstleistungen, die vor dem Kauf nicht angefasst, besichtigt oder probiert werden können. Für den Kunden ist es deshalb schwierig zu beurteilen, ob diese Dienstleistung für ihn das Richtige ist. Daher sind die Werbestrategien für Inhaber von Heilmittelpraxen begrenzt. Der Werbe- und Kommunikationsplan erklärt Ihnen, welche Strategien Sie effektiv nutzen können. *(bu)*

Checkliste zum Jahresabschluss

Es spricht viel dafür, den Jahresabschluss für 2011 schnell zu erledigen. Dann haben Sie das tatsächliche Ergebnis für 2011 in der Hand und können Ihre Planung für 2012 in Anbetracht der Ergebnisse aus dem Vorjahr überdenken. Damit Sie zügig vorankommen, haben wir für Sie eine Checkliste zum Jahresabschluss vorbereitet, die an die wichtigsten Unterlagen erinnert, die Ihr Steuerberater für den Jahresabschluss braucht.

Unterlagen aus dem Praxisbetrieb:

- ☐ Darlehens-, Miet- und Leasingverträge einschließlich der Rechnungen zu den Leasing-Sonderzahlungen
- ☐ Kopien aller im abgelaufenen Geschäftsjahr neu abgeschlossener bzw. geänderter Arbeitsverträge mit nahen (Familien-) Angehörigen
- ☐ Jahreskontoauszüge bzw. Saldenbestätigungen für betriebliche Darlehen
- ☐ Kopie des Bescheids über Beiträge zur Berufsgenossenschaft
- ☐ Spendenbescheinigungen
- ☐ (Jahres-) Steuerbescheinigungen über einbehaltene Abzugssteuern im Original
- ☐ Durchsicht der Anlagenverzeichnisse des Vorjahres auf Abgänge im abgelaufenen Geschäftsjahr durch Verschrottung/Entsorgung (Belege?) oder Verkauf (Rechnung?)
- ☐ Kopien von Zuwendungs-/Fördermittelbescheiden (Agentur für Arbeit, KfW etc.)
- ☐ Bei neuen Kraftfahrzeugen, die auch privat genutzt werden: Aufstellung des Händlers über den im Zeitpunkt der Erstzulassung geltenden Bruttohändlerlistenpreis inkl. Sonderausstattung
- ☐ Abrechnung über Mietnebenkosten für das abgelaufene Geschäftsjahr

Zusätzliche Unterlagen bei Praxen, die bilanzieren:

- ☐ Aktuelle Handelsregisterauszüge/-mitteilungen des abgelaufenen Geschäftsjahres
- ☐ Kopien geänderter Gesellschaftsverträge und Geschäftsführeranstellungsverträge, sowie Kopien der Protokolle der unterjährigen Gesellschafterversammlungen des abgelaufenen Geschäftsjahres
- ☐ Aufstellungen über bereits erbrachte aber noch nicht abgerechnet Behandlungen/ Dienstleistungen, sowie über erhaltenen Anzahlungen (z. B. Gutscheinverkauf) zum 31.12.
- ☐ Forderungen zum 31.12.
- ☐ Verbindlichkeiten zum 31.12.
- ☐ Gegebenenfalls Inventur zum 31.12.

Zusätzliche Unterlagen aus dem Privatbereich:

- ☐ Einkünfte aus Kapitalvermögen: Zinsbescheinigungen, etc.
- ☐ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung: Aufstellung zu Einnahmen
- ☐ Angaben zu Vorsorgeaufwendungen: Kranken-, Pflege, Renten-, Unfall-, Kapitallebens-, Risikolebens-, Erwerbsunfähigkeits-, Arbeitslosen- und Haftpflichtversicherungen
- ☐ Außergewöhnliche Belastungen, z.B. Krankheit, Scheidung etc.
- ☐ Angaben zu erhaltenem Kindergeld
- ☐ Aufwendungen für haushaltsnahe Dienstleistungen (Handwerker, Schornsteinfeger, Gärtner, Haushaltsgerätetechniker) für die selbst genutzte Wohnung/Ferienwohnung

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