06.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für up-premium plus Kunden:

Musterschreiben Widerspruch bei Ablehnung der Langfristgenehmigung

Mit Drohgebärden Therapeuten einschüchtern?

AOK Rheinland Pfalz/Saarland scheint jedes Mittel recht, um langfristige Genehmigung zu verhindern

Die AOK Rheinland Pfalz/Saarland versucht scheinbar, mit allen Mitteln die langfristige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls zu vermeiden. Therapeuten fühlen sich vom Schriftwechsel der Kasse unter Druck gesetzt. Ein aktueller Fall zeigt, mit welchen Mitteln die Kasse vorgeht.

Man weiß nicht genau, was den AOK Sachbearbeiter an diesem Tag geritten hat, an dem er den Antrag auf die langfristige Genehmigung für die Patientin B, eingereicht durch ihren Therapeuten A, auf den Tisch bekam. Offenbar stieg ihm beim Anblick des Antrags die Zornesröte ins Gesicht, so dass er flugs ein bitterböses Schreiben an den Therapeuten formulierte. Aber, alles der Reihe nach.

Liebe Leser,
die Titelgeschichte dieser Ausgabe wäre fast nicht erschienen. Denn die AOK Rheinland Pfalz/Saarland hat auf unsere Vorabveröffentlichung im Internet über eine große Anwaltskanzlei gefordert, dass wir den Artikel zurückziehen und das saftige Anwaltshonorar übernehmen. Wir haben den Text leicht modifiziert, um eine einstweilige Verfügung zu vermeiden und sicherzustellen, dass Ihnen die gemachten Erfahrungen von Patienten und Therapeuten mit dieser Krankenkasse nicht verborgen bleiben. Mehr dazu auf Seite 11 und unser Kommentar auf Seite 2.

Der Fall

Therapeut A stellt für seine Patientin B, wie schon mehrfach praktiziert, bei der AOK Rheinland Pfalz/Saarland einen Antrag auf langfristige Genehmigung außerhalb des Regelfalls, gemäß den Vorschriften der HeilM-RL. Die Patientin selbst ist aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung dazu nicht in der Lage. Sie ist erleichtert, dass ihr Therapeut die bürokratischen Dinge für sie erledigt. Dazu unterschreibt sie eine Vollmacht und erteilt ihrem Therapeuten das Recht, den Antrag für sie zu stellen. Dieser trudelt bei der AOK Rheinland Pfalz/Saarland ein und landet auf dem Tisch eines Sachbearbeiters. Anstatt den Antrag aber zu bearbeiten und für eine optimale medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu sorgen, versucht die AOK scheinbar einen Ausweg zu finden, um die langfristige Genehmigung mit allen Mitteln zu verhindern.

Dieser Ausweg liest sich in Worten dann so: „Bitte weisen Sie uns nach, in welchem Umfang Sie berechtigt sind, gewerblich rechtsgeschäftliche Besorgungen für Dritte nach dem Rechtsdienstleistungsgesetz durchzuführen“. (Zitat Antwortschreiben der AOK Rheinland Pfalz/Saarland).

In der Tat gibt es ein Rechtsdienstleistungsgesetz, das besagt, dass nur bestimmte Personen, wie Anwälte oder Notare, gewerbliche Rechtsdienstleistungen durchführen dürfen. Bei Therapeut A ist das allerdings nicht der Fall, weiß die Rechtsanwältin Özlem Erdem-Wulff: „Die Unterstützung seiner Patientin bei der Antragsstellung stellt meiner Meinung nach keine unerlaubte, sondern eine erlaubte Rechtsdienstleistung im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit als Heilmittelerbringer dar. Wenn eine Kfz-Werkstatt die Ansprüche des

>>>

Aktuell

Round-Table-Gespräch mit der Politik
„Reine Willkür der Krankenkassen“ 8

Fragwürdige Informationspolitik der KV Niedersachen und AOK Ba-Wü
Sollen Ärzte manipuliert werden? 9

Drohung oder nicht? Das ist hier die Frage...
AOK mahnt *up* ab 11

Schwerpunkt

Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenkassen
Mehr Durchblick mit Zahlen 3

Konzepte

Physiotherapeut auf Rad-Wegen
Mit Mountainbike-Touren neue Patienten gewinnen 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp
Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie 18

Tipps

Werbeidee für die Praxis
Patientin behandelt – Wäsche gebügelt 22

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

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

Kommentar

Was ist die Aufgabe einer Krankenkasse?

Schaut man sich die Schreiben der AOK Rheinland Pfalz/Saarland an, muss man sich langsam fragen, was genau eigentlich der Job einer Krankenkasse ist? Oder besser, was denkt die Krankenkasse, was ihr Job ist?

Die gesetzliche Vorgabe ist klar und unmissverständlich: Nachdem im vergangenen Jahr mit der neuen Heilmittelrichtlinie die Grundlage für langfristige Genehmigung für Verordnungen außerhalb des Regelfalls geschaffen wurde, meißelte der Bundesgesundheitsminister diese Möglichkeit für Patienten in den Gesetzesstein des Sozialgesetzbuches V. Doch statt chronisch Kranken die vom Gesetzgeber geschaffene Erleichterung zu ermöglichen, fahren einige Kassen seither eine Vermeidungstaktik, die die AOK Rheinland Pfalz/Saarland nun mit viel Kreativität perfektioniert hat. Es werden Nebenkriegsschauplätze eröffnet und seitenlange Schreiben mit bedrohlichem Unterton verfasst.

Wozu das ganze Theater? Eine Krankenkasse soll sich um die Belange ihrer Mitglieder kümmern, anstatt Rumpelstilzchen zu spielen und händereibend vor sich hin singend ums Feuer zu tanzen: Heute lehne ich Anträge ab, morgen schüchtere ich Therapeuten ein und übermorgen verbiete ich allen, darüber zu reden.

Es wird höchste Zeit, dass die Verbände ihre Strategie überdenken und überlegen, ob nicht etwas mehr Konfrontation mit den Kassen der Branche zu mehr Augenhöhe verhelfen und gleichzeitig die Interessen der Patienten besser durchgesetzt werden würden.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

>>> Fortsetzung Seite 1

Kunden gegen die Versicherung des Unfallgegners geltend machen darf, dann darf ein Therapeut auch einen Antrag für seinen Patienten stellen, den er unter Umständen schon seit Jahren betreut“.

Eine Drohung?

Zusätzlich spickt die AOK ihr Schreiben noch mit einem Hinweis, der von dem angeschriebenen Therapeuten als Drohung wahrgenommen wird. Käme nicht innerhalb einer gesetzten Frist der Nachweis über die geforderte Berechtigung, würde die Kasse den Fall über die Anwaltskammer klären lassen, heißt es in dem Schreiben. Es dürfte klar sein, dass jeder Therapeut, der so eine Antwort auf einen völlig legitimen Antrag erhält, erst einmal gänzlich verunsichert ist. Denn Therapeuten sind keine Juristen. Das weiß auch die AOK und versucht trotzdem, Therapeuten derart zu verunsichern, dass sie es am besten nie wieder wagen würden, einen Antrag auf langfristige Genehmigung zu stellen.

„Reine Taktik“, winkt die Rechtsanwältin ab. „Der Therapeut hat hier unentgeltlich einen Antrag für seinen Patienten gestellt, der selbst dazu nicht in der Lage war. Nach den entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuchs X darf er seinen Patienten als Bevollmächtigter bei der Antragsstellung helfen. Diese Unterstützung stellt auch keine Rechtsdienstleistung nach dem Rechtsdienstleistungsgesetz dar, da er diese Hilfe im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit vorgenommen hat.“.

Die Lösung

Wieder einmal verschießt eine Kasse viel unschöne heiße Luft, um sich scheinbar um die Genehmigung von langfristigen Verordnungen zu drücken. In diesem Fall geht dies leider mit einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für den Therapeuten einher, der seine Zeit erst einmal in ein Antwortschreiben investieren muss und nicht in die therapeutische Versorgung seiner Patientin. Erdem-Wulf rät allen Therapeuten, die ein ähnliches Schreiben erhalten haben, Ruhe zu bewahren. „Einer Entscheidung der Rechtsanwaltskammer oder des Oberlandesgerichts als Zulassungsstelle für Rechtsdienstleister würde ich gelassen entgegensehen“. *(ko)*

up-premium plus

Ein entsprechendes Antwort-Musterschreiben, mit dem Sie die Vorwürfe der Krankenkassen beantworten können, können ***up-premium plus*** Kunden kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

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), Özlem Erdem-Wulff (öz), Christian Beneker (ben), Silke Keil (ske); Korrektorat: Sonja Kohlwes

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: R. Kneschke (10, 12), A. Subbotina (13), contrastwerkstatt (20), D. Race (21), S. Hoppe (22), Neobrain (22); Christian Beneker (8), Körperwerk (16/17), Physio-Praxis Birgit Breid (22)

Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenkassen

Mehr Durchblick mit Zahlen

Jedes Quartal werden im Internet die aktuellen Zahlen aus dem Heilmittel-Informations-System der GKV (GKV-HIS) veröffentlicht. Eigentlich sind die Daten für die Kassenärztlichen Vereinigungen gedacht. Da die KVen damit aber nicht richtig viel anfangen, können Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen die Möglichkeit nutzen, diese Daten selbst auszuwerten und so ein bisschen „Deutungshoheit" über die Heilmittel-Statistiken zurückgewinnen.

Seit dem 1. Quartal 2005 gibt es das GKV-HIS, das Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenkassen, das den Kassenärztlichen Vereinigungen Heilmitteldaten zur Steuerung der Heilmittelversorgung zur Verfügung stellt. Es werden Berichte zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung im Heilmittelbereich bereitgestellt, die auf den Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenkassen basieren. Damit sollen die Verordnungsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen transparent gemacht, Trendinformationen zur Ausgabenentwicklung gegeben und Kennzahlen für regionale Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Jedes Quartal wird jeweils ein Bundesbericht und ein Bericht pro Kassenärztlicher Vereinigung auf der Internetseite www.gkv-his.de veröffentlicht. Dieser enthält mehrere Tabellen mit unterschiedlichen Auswertungen, z.B. Heilmittelverordnungen und –umsätze insgesamt und bezogen auf 1000 Versicherte. Weitere Tabellen geben Auskunft über die einzelnen Facharztgruppen und deren Verordnungsverhalten, die auch detailliert unterteilt nach den unterschiedlichen Fachgruppen Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Podologie sind.

In den jeweiligen KVen werden solche Berichte für jeden einzelnen Arzt zusammengestellt, damit das individuelle Verordnungsverhalten untersucht werden kann. Allerdings dauert es bei manchen KVen manchmal Monate, bis entsprechende arztbezogene Daten vorliegen.

Wozu braucht man die Daten?

Regelmäßig tauchen in der Presse Meldungen darüber auf, wie stark die Heilmittelausgaben wieder einmal gewachsen sind. Dabei nutzen oft Krankenkassen ihre Daten um „Stimmung" zu machen und die Ärzte zu motivieren, weniger zu verordnen. Ein Blick in die GKV-HIS Daten kann helfen zu überprüfen, ob die Meldung stimmt oder nicht. Bei „Falschmeldungen" können gegebenenfalls die umliegenden Ärzte darüber informiert werden, wie sich die Verordnungssituation in Wirklichkeit darstellt.

Bayerische Ärzte zum Beispiel lernen von den Kassen und der KV regelmäßig, dass sie zu den Top-Heilmittel-Verordnern gehören. Das stimmt, wenn man die Heilmittel-Gesamtausgaben betrachtet: 2011 haben die bayerischen Ärzte insgesamt für 695 Millionen Euro Heilmittel verordnet. Das ist Platz eins im bundesweiten Vergleich. ABER: Betrachtet man die verordneten Behandlungen je 1.000 Versicherte, dann wird in Bayern ziemlich genau im Bundesdurchschnitt verordnet (3.860 Behandlungen je 1.000 Versicherte). Bei der Entwicklung der Heilmittelausgaben ist Bayern mit einem Wachstum von nur 2,8 Prozent weit abgeschlagen (zum Vergleich: der Bundesdurchschnitt liegt bei 6,8 Prozent).

Inhalt

Thema: GKV-HIS

- Mehr Durchblick mit Zahlen 3
- So liest man die Statistik 4
- Heilmitteldatenquellen – Möglichkeiten und Grenzen 6

Praxisverkauf optimieren

Ein weiteres Beispiel für den Einsatz der GKV-HIS Daten ist die Praxisübergabe an einen Nachfolger. Nicht selten gibt es bei der Kaufpreisfindung Unsicherheiten bei Käufer und Verkäufer, wie wertvoll der Patientenstamm ist. Diese Frage lässt sich durch einen Vergleich der GKV-HIS Daten mit den Daten der eigenen Praxis deutlich besser beantworten. Anhand eines Vergleichs der Altersverteilung der Patienten kann man ablesen, ob die Patienten zusammen mit dem Praxisinhaber gealtert sind oder ob die Altersstruktur der Praxis sich im vernünftigen Durchschnitt bewegt. Dann lässt sich anhand der Facharztstatistiken des GKV-HIS noch überprüfen, ob die Ärzte eher unter oder überdurchschnittlich verordnet haben, und schon kann man den ideellen Wert der Praxis deutlich besser einschätzen.

Die Liste der Anwendungsmöglichkeiten der GKV-HIS Daten lässt sich mühelos verlängern: Qualitätsbericht erstellen, Wachstum der eigenen Praxis mit der Marktentwicklung vergleichen, Arztinformation erstellen, Verordnungstrends erkennen etc. Unter dem Strich sind die GKV-HIS Daten eine deutlich zu selten genutzte Informationsquelle für die gesamte Heilmittelbranche. *(bu)*

up-premium plus

Wenn Sie bestimmte Fragestellungen mit Daten aus dem GKV-HIS belegen wollen, bieten wir den ***up-premium plus*** Kunden an, fertige Grafiken für Sie zu erstellen. Wenden Sie sich einfach an die Hotline und die Nummer 0800-9477360.

Blick in das Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenkassen

So liest man die Statistik

Das Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-HIS) soll in erster Linie Ärzte und Krankenkassen informieren, wie sich das Verordnungsvolumen der Ärzte im Hinblick auf Heilmitteltherapie entwickelt. Das Verordnungsvolumen der Ärzte soll also zeitnah kontrolliert werden. Aber auch für Heilmittelerbringer sind die Informationen äußerst hilfreich. Um sich schnell und einfach in den Auswertungen zurechtzufinden, erklären wir, wie man die Tabellen lesen, interpretieren und für die eigene Praxis nutzen kann.

Die Maßeinheit der Tabelle sind Euro, die in Tausenderbeträgen angegeben sind, was durch die Abkürzung „in Tsd. €“ dargestellt wird. Bei den angegebenen Zahlen sind also drei Nullen am Ende weniger geschrieben, die man sich hinzudenken muss. In Bayern wurde in 2011 für 695.177.000 Euro Heilmittel abgerechnet, in Worten: 695 Millionen 177 Tausend Euro.

Konkret: Damit nimmt Bayern auf den ersten Blick den absoluten Spitzenplatz in der Tabelle ein. Auf den zweiten Blick fällt allerdings auf, dass das Bundesland „Nordrhein-Westfalen“ nicht in der Tabelle vorkommt. Dort existieren nämlich zwei KVen: die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe. Rechnet man diese beiden KVen zusammen, liegt Nordrhein-Westfalen mit einem abgerechneten Volumen von 875.199.000 Euro (über 875 Millionen Euro) mit Abstand und noch vor Bayern auf dem ersten Platz.

Spannend ist die Zeile „Ohne KV-Zuordnung“ ganz unten in der Tabelle, die immerhin einen Betrag in Höhe von deutlich mehr als 111 Millionen Euro ausweist. Dieser Betrag konnte offensichtlich bei der Datenaggregation den ausstellenden Ärzten nicht richtig zugewiesen werden. Normalerweise gibt es diese Zeile nicht, aber bei der Datenlieferung für das 4. Quartal 2011 ist irgendetwas schiefgelaufen. Das teilt der GKV-Spitzenverband auf der Titelseite der Auswertungen mit: „Auf Grund von Lieferstörungen einer datenliefernden Stelle ist das Umsatzvolumen tendenziell zu niedrig ausgewiesen. Nachlieferungen werden ggf. in einer Neuproduktion der Berichte berücksichtigt.“ Leider oder zum Glück (das hängt von der Sichtweise ab) werden diese 111 Millionen Euro nicht in die Summe „Bund“ hineingerechnet. Dieses Ergebnis erkennt man aber nur dann, wenn man wirklich nachrechnet. Kein akzeptabler Umgang mit Daten. Fragt sich, ob hier jemand nicht aufgepasst oder mit Absicht falsch dargestellt hat.

Man kann die Zahlen von links nach rechts je KV-Gebiet in der Tabelle ablesen. Es beginnt auf der linken Seite mit dem „Bruttoumsatz“. Dieser umfasst die abgerechneten Heilmittel-Verordnungen inklusive der von den Patienten geleisteten Zuzahlungen. Die Höhe der Zuzahlungen wird in der nächsten Spalte unter dem Begriff „Zuzahlungen“ ausgewiesen. Im Jahr 2011 haben Patienten mehr als 457 Millionen Euro direkt an Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Podologen gezahlt.

KV	Bruttoumsatz	Zuzahlung	Netto umsat
	in Tsd. €	in Tsd. €	in Tsd.
Baden-Württemberg	681.743	71.482	610.2
Bayern	695.177	79.818	615.35
Berlin	235.832	22.623	213.20
Brandenburg	124.413	13.271	111.142
Bremen	33.177	3.345	29.8
Hamburg	126.238	11.432	114.80
Hessen	301.060	30.239	270.82
Mecklenburg-Vorpommern	85.245	8.614	76.63
Niedersachsen	473.351	42.803	430.54
Nordrhein	502.514	40.140	462.37
Rheinland-Pfalz	243.743	22.978	220.76
Saarland	56.929	4.948	51.98
Sachsen	315.363	30.236	285.127
Sachsen-Anhalt	145.212	15.110	130.102
Schleswig-Holstein	185.508	17.325	168.183
Thüringen	123.003	12.159	110.844
Westfalen-Lippe	372.685	30.767	341.918
Ohne KV-Zuordnung	111.727	9.290	102.437
West	3.907.957	377.900	3.530.057
Ost	793.236	79.390	713.846
Bund	4.701.193	457.290	4.243.903

Quelle: GKV-HIS

	Verordnungs-blätter	Brutto-umsatz je Verordnungs-blatt	Brutto-umsatz je Heilmittel	Heilmittel-anzahl je Verordnungs-blatt	Behandlungs-einheiten je Heilmittel
€		in €	in €		
61	4.660.990	146,27	108,57	1,2	6,5
59	4.985.090	139,45	103,19	1,2	6,5
09	1.596.563	147,71	103,43	1,3	6,8
2	1.051.537	118,32	87,91	1,2	6,5
32	244.291	135,81	110,90	1,1	6,8
06	755.977	166,99	118,88	1,3	7,0
21	2.020.908	148,97	121,87	1,1	7,0
31	725.893	117,43	90,40	1,2	6,6
48	3.277.211	144,44	116,13	1,1	6,8
74	3.068.879	163,74	134,05	1,1	7,1
5	1.662.368	146,62	120,06	1,1	6,9
1	379.946	149,83	123,93	1,1	6,8
7	2.568.055	122,80	86,88	1,3	6,7
2	1.280.438	113,41	82,11	1,2	6,3
3	1.281.688	144,74	112,42	1,2	6,8
4	1.088.476	113,00	89,73	1,1	6,5
3	2.430.549	153,33	129,04	1,1	6,9
7	664.075	168,24	123,61	1,3	7,4
	26.364.460	148,23	114,94	1,2	6,7
	6.714.399	118,14	86,91	1,2	6,6
	33.078.859	142,12	109,03	1,2	6,7

Die Verordnungsdaten aus ganz Deutschland werden beim GKV-Spitzenverband zusammengetragen und gehen spätestens 15 Wochen nach Ende eines Quartals den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden zu. Zeitgleich sollen sie auf der Internetseite www.gkv-his.de veröffentlicht werden. In der Regel klappt das auch, nur manchmal eben auch nicht – wie jetzt bei den Verordnungszahlen für das Jahr 2011, die erst 19 Wochen nach dem Abschluss des 4. Quartals 2011 veröffentlicht wurden.

Konkret: Wenn Patienten so viel Geld allein nur für Zuzahlung bei Heilmitteln ausgegeben haben, kann man daraus schließen, dass sie im Schnitt über genug Geld verfügen, um es in ihre Gesundheit zu investieren.

Der Gesamtbetrag, den die Patienten des Gesundheitssystems direkt an Leistungserbringer gezahlt haben (also ohne Leistungen durch Versicherungen), betrug in 2011 vermutlich deutlich über 38 Milliarden Euro!

Der Punkt „Nettoumsatz“ bezeichnet den Bruttoumsatz abzüglich der Zuzahlung. Also das, was letztlich von der GKV tatsächlich als Ausgabe verbucht worden ist. Weiter rechts in der Tabelle findet man die Anzahl der von den Ärzten ausgestellten „Verordnungsblätter“ und eine Spalte weiter den durchschnittlichen Umsatz je Verordnungsblatt („Bruttoumsatz je Verordnungsblatt“). Zu jeder Bezeichnung in der Tabelle gibt es im Internet eine ausführliche Erläuterung, die im Glossar zu finden ist.

Konkret: Wer den Umsatz je Verordnung aus der Statistik mit seinen Zahlen aus der eigenen Abrechnung vergleicht, kann erkennen, ob seine Ärzte über- oder unterdurchschnittlich verordnen. Während in dieser Tabelle alle Heilmittelumsätze zusammen gerechnet werden, kann man auf weiteren Tabellen des GKV-HIS die Umsätze je Logopädie-, Ergo- oder Physiotherapie-Verordnung ablesen. So erhält man sehr gute Vergleichswerte für die eigene Praxis.

Gleich dem Aufbau dieser Tabelle werden auch die anderen Auswertungen der Heilmittelumsätze durch die Krankenkassen dargestellt. Interessant sind die Detailauswertungen, zum Beispiel nach Heilmittelart (Logo, Ergo, Physio, Podo) und/oder nach Facharztgruppen. Außerdem gibt es ausführliche Statistiken, bei denen die Heilmittelumsätze nach Altersgruppen ausgewertet werden.

Konkret: Für jede einzelne KV werden ebenfalls Statistiken erstellt, die man gut nutzen kann, um anhand des Landesdurchschnitts die Entwicklung der eigenen Praxis mit der aller anderen Praxen zu vergleichen.

Kritisch anzumerken ist, dass die Zahlen nicht je Quartal zusammengestellt werden, sondern jedes Quartal kumuliert werden. Das heißt, dass die Zahlen im 2. Quartal die Werte aus dem ersten Quartal beeinhalten, die Zahlen im 3. Quartal die Werte des ersten und zweiten Quartals und die Zahlen im 4. Quartal die vollständigen Werte der ersten drei Quartale. Will man nur ein Quartal betrachten, muss man sich das selbst errechnen.

Was fehlt, ist ein vernünftiger Vorjahresvergleich, den man sich bei Bedarf mühsam selbst zusammenstellen muss. Damit wird die Darstellung des Verlaufs der Umsatzentwicklung im Heilmittelbereich unnötig unkomfortabel und weniger transparent gemacht – vermutlich ist das politisch auch so gewollt. >>>

>>> Fortsetzung Seite 5

Heilmittelverordnungen und -umsätze (je 1.000 Versicherte)

KV	Bruttoumsatz in €	Zuzahlung in €	Nettoumsatz in €	Verordnungs-blätter	Heilmittel-anzahl	Behandlungs-einheiten
Baden-Württemberg	76.907	8.064	68.843	526	653	4.273
Bayern	66.870	7.678	59.192	480	597	3.860
Berlin	84.818	8.136	76.682	574	753	5.100
Brandenburg	56.002	5.973	50.029	473	580	3.779
Bremen	58.748	5.923	52.825	433	488	3.294
Hamburg	88.676	8.030	80.646	531	684	4.797
Hessen	59.442	5.971	53.471	399	449	3.144
Mecklenburg-Vorpommern	57.591	5.820	51.771	490	584	3.842
Niedersachsen	69.504	6.285	63.219	481	545	3.728
Nordrhein	62.796	5.016	57.780	384	424	2.999
Rheinland-Pfalz	72.290	6.815	65.475	493	546	3.738
Saarland	65.694	5.710	59.984	438	476	3.246
Sachsen	84.126	8.066	76.060	685	884	5.939
Sachsen-Anhalt	67.385	7.012	60.373	594	742	4.709
Schleswig-Holstein	77.003	7.192	69.811	532	623	4.213
Thüringen	60.719	6.002	54.717	537	615	4.015
Westfalen-Lippe	51.133	4.221	46.912	333	359	2.477
West	67.562	6.533	61.029	456	537	3.627
Ost	68.199	6.826	61.373	577	715	4.697
Bund	67.669	6.582	61.087	476	567	3.806

Quelle: GKV-HIS

Man kann an den Zahlen der Tabelle aber noch nicht so richtig viel erkennen. Will man wissen, wie die Versorgungsrealität in den einzelnen KV-Gebieten wirklich aussieht, empfiehlt sich ein Blick in die Tabelle 6, „Heilmittelverordnungen und -umsätze (je 1.000 Versicherte)“. Die Stadt Hamburg liegt hier mit 88.676 Euro Ausgaben je 1.000 Versicherte ganz weit vorn. Dagegen befindet sich das Land Bayern mit Heilmittelumsätzen in Höhe von 66.870 Euro je 1.000 Versicherte sogar noch unter dem Bundesdurchschnitt, genauso wie auch die KV Nordrhein mit 62.796 Euro. Das Schlusslicht bildet die KV Westfalen-Lippe mit nur 51.133 Euro Heilmittelumsätzen.

Konkret: Man sieht also, dass die absoluten Heilmittelumsätze zwar interessant sind, aber nur die halbe Information darstellen. Teilt man dagegen die Heilmittelumsätze durch die Anzahl der Versicherten, kann man sehen, wie sich die Heilmittelumsätze auf die einzelnen Versicherten verteilen. *(bu)*

Heilmitteldatenquellen

Möglichkeiten und Grenzen

Die Erfassung und Nutzung von Verordnungsdaten ist in allen gesundheitlichen Versorgungsbereichen vorangeschritten. Krankenkassen, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft profitieren von dieser Entwicklung. Auch in der Heilmittelversorgung hat die Verwendung von Versorgungsstatistiken an Bedeutung gewonnen. Im Folgenden werden die verfügbaren Heilmitteldatenquellen, deren Umfang, Inhalte und Unterschiede dargestellt. Die Nutzungsmöglichkeiten vor allem für Heilmittelleistungserbringer, aber auch die Limitationen der Daten werden danach erörtert.

Seit 2004 werden im Rahmen des Heilmittelinformationssystems (HIS) quartals- und jahresbezogen Statistiken zu der Heilmittelversorgung der etwa 70 Mio. gesetzlich Versicherten zusammengetragen. Als Maßzahlen in den Tabellen gelten die Anzahl der abgerechneten Rezepte und die damit verbundenen Kosten. Die Darstellung erfolgt nach Leistungsbereichen, Facharztgruppen, Altersgruppen der Versicherten, Regionen (kassenärztliche Vereinigungen) und verordnungsstarken Leistungen in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.

Für die insgesamt rund 24 Mio. Versicherten der AOK erstellt das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIDO) jährlich einen Heilmittelbericht, der zusätzlich zu den Inhalten der HIS-Reporte als Maßzahl die Versicherten mit Leistungsinanspruchnahme (Leistungsversicherte) aufführt. Die Darstellung erfolgt seit 2011 auch nach Indikation auf der Basis des Indikationsschlüssels, der die Systematik des Heilmittelkatalogs beinhaltet und auf den Rezepten dokumentiert werden muss.

Für Leistungserbringer können Analysen auf der Basis der Verordnungsdaten von großem Nutzen sein.

Ähnlich wie im WIDO-Bericht werden die Heilmitteldaten im Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER GEK aufbereitet, der Leistungen für etwa 9 Mio. Versicherte erfasst. Zusätzlich zu den allgemeinen Statistiken, die auch den Leistungsbereich der Podologie beinhalten, finden sich hier Kapitel zu Leistungen (z.B. Elektrotherapie, Manuelle Therapie) oder Indikationen (z.B. Arthrose, Osteoporose) mit Fragestellungen zur Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Nicht jede Information ist in Rezepten enthalten

Die Gemeinsamkeit der genannten Datenquellen liegt darin, dass ihnen die abgerechneten Heilmittelrezepte zu Grunde liegen, die von den Krankenkassen elektronisch erfasst werden. Da diese Erfassung zu Abrechnungszwecken erfolgt, ist nicht jede Information auf den Rezepten enthalten. So bleiben beispielsweise die Felder zur Diagnose nicht berücksichtigt, was indikationsbezogene Auswertungen limitiert. Die Aussagekraft des Indikationsschlüssels ist in diesem Zusammenhang wenig valide, da auf die Dokumentation neben der objektiven Diagnosegruppe auch die Vorgaben des Heilmittelkatalogs Einfluss nehmen. Auch der tatsächliche Heilmittelbedarf lässt sich von den Daten unzureichend abbilden, da neben der Krankheitslast der Versicherten vor allem die finanziellen Vorgaben (Heilmittelrichtgrößen) auf das Verschreibungsverhalten der ÄrztInnen Einfluss nehmen.

Für die Leistungserbringer können Analysen auf der Basis der Verordnungsdaten dennoch von großem Nutzen sein, denn mit ihrer Hilfe ergeben sich Argumentationshilfen in Gesprächen mit verordnenden Ärzten oder Krankenkassen. Auch zur inhaltlichen und strukturellen Ausrichtung der Praxen können die Analysen wichtige Entscheidungshilfen bieten.

Beispiele für Nutzen der Statistiken

Aus den HIS-Bundesberichten geht hervor, dass im Bereich der Physiotherapie die Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Facharztgruppen von 2010 auf 2011 jeweils um 5,1 Prozent gestiegen sind. Die Anzahl der Behandlungseinheiten je Heilmittel zeigen jedoch eine völlig andere Tendenz. Bei den Kinderärzten z.B. sank die Anzahl von durchschnittlich 9,1 im Jahr 2009 auf 8,9 Prozent in 2011, bei den Orthopäden im selben Zeitraum von 6,0 auf 5,8 Prozent. Die Zunahme bei den Gesamtausgaben für Physiotherapie ist nämlich zum Teil der Zunahme bei den Versicherten, den verordnenden Praxen und den Leistungserbringern geschuldet. Die Auswirkungen finanzieller Restriktionen im Bereich Heilmittel zeigen sich demnach auch darin, dass bei der Anzahl der Behandlungen auf einem Rezept gespart wird.

Der Heilmittelbericht des WIDO zeigt, dass Leistungen der Physiotherapie vor allem Frauen, Versicherten höheren Alters und bei Wirbelsäulenerkrankungen verordnet werden. Der Anteil der Verordnungen bei Rückenleiden lag 2011 bei 40,8 Prozent mit steigender Tendenz. Die räumliche und fachliche Ausrichtung der Praxen, sowie Therapiezeiten und zusätzliche Angebote sollten diesen Faktoren Rechnung tragen. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen bei unspezifischen Rückenschmerzen vor allem aktivierende Maßnahmen und Versorgungsmodelle der Krankenkassen integrieren die Physiotherapie als rehabilitative Fachdisziplin. Eine strategische Ausrichtung nach solchen Faktoren kann sich im wirtschaftlichen Erfolg der Praxen niederschlagen.

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport zeigt deutliche regionale Unterschiede in den Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen. Während in Nordrhein-Westfalen die Ausgaben pro 100 Versicherten zwischen 2009 und 2010 um 2,8 Prozent anstiegen, betrug dieser Zuwachs in Schleswig-Holstein 5,7 Prozent. Nicht allein die ausgehandelten Heilmittelbudgets, sondern auch unterschiedliche Strategien der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung (KV) und unterschiedliche Informationen für die verordnenden ÄrztInnen nehmen entscheidenden Einfluss und bedingen diese Differenzen.

(Dr. Claudia Kemper)

Round-Table-Gespräch mit der Politik

„Reine Willkür der Krankenkassen“

Lückenhaft ausgefüllte Rezepte, penibel prüfende Kassen – allen voran die AOK Niedersachsen – und regressbedrohte Ärzte, die immer weniger Heilbehandlungen verordnen. Gut 30 Heilmittelerbringer in der Historisch-ökologischen Bildungsstätte Emsland in Papenburg machten am 16.5.2012 ihrem Herzen Luft über die Versorgungssituation bei den Heilmittelerbringern. Zwei CDU-Bundestagsabgeordnete waren zu dem „Round-Table-Gespräch“ in den hohen Norden angereist: Gitta Connemann und Michael Hennrich, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages.

Der größte Stein des Anstoßes in Niedersachsen sei derzeit die AOK Niedersachsen, die jeden Formfehler bei Heilmittelrezepten zum Anlass nehme, nicht zu zahlen, beklagten die Anwesenden. Etwa ein Drittel der Heilmittelrezepte in der Region werden für AOK-Patienten ausgestellt. „Wenn ein Kreuz auf dem Rezept fehlt, dann wird unsere Arbeit nicht vergütet“, brachte Sven Ellmer, Logopäde aus Papenburg, das Hauptproblem auf den Punkt. 50 Prozent der Patienten müssten inzwischen wegen falsch ausgefüllter Rezepte noch einmal zu ihrem Arzt geschickt werden.

Man nehme die Sorge der Heilmittelerbringer ernst, erklärte dazu CDU-Bundestagsabgeordneter und Mitglied des Gesundheitsausschusses, Michael Hennrich, den verärgerten Kolleginnen und Kollegen. „Wir haben große Sympathie für Ihren Berufsstand. Mein Rat: Lassen Sie die Ärzte nicht aus ihrer Pflicht!“ Hennrich kritisierte das Verhalten der AOK Niedersachsen. „Ich erkenne bei dem Umgang mit den Rezepten bei den verschiedenen Kassen extreme Unterschiede“, so Hennrich, „was die AOK Niedersachsen da macht, ist reine Willkür.“ Hennrich versprach den anwesenden Heilmittelerbringern, beim AOK Bundesverband Druck zu machen. *(ben)*

Michael Hennrich und Gitta Connemann hatten ein offenes Ohr für die Sorgen der Heilmittelerbringer, die der Logopäde Sven Ellmer zusammengerufen hatte.

Interview mit Michael Hennrich, CDU-Bundestagsabgeordneter und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages

„Wir haben Möglichkeiten“

? Abgesehen von sinkenden Verordnungszahlen macht auch die AOK Niedersachsen mit ihrem Prüfverhalten den Leistungserbringern das Leben schwer...

Diese Probleme sind nicht unbedingt die Schuld der Politik, sondern der Selbstverwaltung. Wenn ich da als Gesetzgeber aktiv werden muss und ins Gesetz schreibe, dass Leistungen auch dann vergütet werden müssen, wenn einmal das Rezept formal nicht in Ordnung ist, dann ist das doch eine Bankrott-Erklärung der Selbstverwaltung!

? Soll das heißen, Ihnen sind sie Hände gebunden?

Nein. Die Probleme sind entstanden, weil einige Krankenkassen die Heilmittelbestimmungen im SGB V zum Teil torpedieren ...

? ... zum Beispiel die AOK Niedersachsen.

Ja. Und dieser schwarzen Schafe werden wir uns annehmen und da einmal auf den Zahn fühlen. Ich habe da vollstes Verständnis für die Leistungserbringer. Wenn sie eine Leistung erbringen aufgrund einer ärztlichen Verordnung, dann kann es nicht sein, dass sie diese Leistung am Schluss mit Null Euro vergütet bekommen.

? Wie wollen Sie das zum Beispiel dem Chef der Niedersächsischen AOK, Herrn Peter, beibringen?

Wir haben Möglichkeiten. Das hat sich schon in der Vergangenheit gezeigt: Es gab einmal massive Probleme bei der Verschreibung der relativ teuren Betäubungsmittel. Auch da haben die Krankenkassen, damals die Betriebskrankenkassen, die Rezepte retaxiert – und zwar mit der Begründung, dass da und dort Kreuze gefehlt hätten. Auch hier war zuvor gezielt nach fehlerhaft ausgestellten Rezepten gesucht worden, um dann Kosten einsparen zu können. Da lagen also genau die gleichen Probleme vor, wie die, die heute hier geschildert wurden.

Wir haben dann an den GKV-Spitzenverband geschrieben und gefragt, ob denn so ein Vorgehen wie das der BKKen überhaupt rechtens ist. Und da war der Verband schon sehr zurückhaltend. Und dann haben wir uns direkt mit den einzelnen Krankenkassen in Verbindung gesetzt. Dabei hat es ausgereicht, dass wir ein Positionspapier geschickt haben. Kern des Papiers: Wenn es keine vernünftige Praxis gibt, dann müssen wir als Gesetzgeber aktiv werden. Daraufhin hat sich alles in Wohlgefallen aufgelöst.

? Vielen Dank für das Gespräch

Das Gespräch führte Christian Beneker.

Fragwürdige Informationspolitik der KV Niedersachen und AOK Ba-Wü

Sollen Ärzte manipuliert werden?

Sowohl die KV Niedersachsen als auch die AOK Baden-Württemberg verunsichern derzeit Ärzte mit gezielten Anschreiben. Darin sprechen sie konkret von einer angeblichen Regressgefahr für den betroffenen Arzt, was sich bei näherem Hinsehen allerdings nicht bewahrheitet. Therapeuten können aktiv mitwirken, um ihre Ärzte über das Thema Heilmittelregress aufzuklären und so weitere Verunsicherungen zu vermeiden.

„Heute müssen wir ganz gezielt auf Sie zukommen. Denn Sie haben Ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschritten, " schrieb jüngst die KV Niedersachsen (KVN) an einen ihrer niedergelassenen Ärzte und führte die Regressgefahr konkret aus: „Ihr zu erwartender Heilmittel-Regress für das Jahr 2011: 37.042,49 €". Kein Wunder, dass der betreffende Arzt sofort mit absoluter Verordnungsverweigerung reagierte. Die Angst vor Regressen ist meistens so groß, dass die betroffenen Ärzte vollkommen irrational reagieren. Das sollte die KVN eigentlich wissen.

Die KV Niedersachsen und die AOK Baden-Württemberg verunsichern derzeit Ärzte mit ihren Anschreiben.

Unvollständige Datenlage sorgt für Verwirrung

Statt zu beruhigen und sachgemäß aufzuklären, führt das Schreiben der KVN aber mehr in die Irre. Denn zum Zeitpunkt des Schreibens lagen die vollständigen Verordnungszahlen des betreffenden Arztes noch gar nicht vor. Die KV hatte lediglich die „derzeitig vorliegenden" Verordnungsdaten auf das Gesamtjahr 2011 hochgerechnet, was in dem Anschreiben allerdings nicht erwähnt wurde. Lediglich in der Anlage wird an zwei Stellen von einer „Hochrechnung" gesprochen. Auch nicht erwähnt wird, auf welcher Datenbasis diese Hochrechnung basiert.

Bei der vermeintlichen Regressberechnung der KVN wurden zudem keine Vorab-Praxisbesonderheiten berücksichtig. Diese können vom Heilmittel-Verordnungsvolumen des jeweiligen Arztes abgezogen werden. Dazu zählen in Niedersachsen insbesondere:

- Kinder mit Pflegestufe I bis III
- Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen, wie Parkinson, MS und Apoplex
- Krankengymnastik für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen und
- Lymphdrainage bei aufgrund onkologischer Behandlung entstandenen Lymphabfluss-Störungen

Ein Quartal macht noch keinen Regress

Nicht wenig überrascht wie sein Kollege aus Niedersachsen war ein Kinderarzt im „Ländle", der von der AOK ein Schreiben bekam, das von der Art und Weise dem Schreiben der KVN sehr ähnelte. Man hätte festgestellt, so die AOK, dass der Kinderarzt im vergangenen Quartal zu viel Heilmittel verordnet habe und deswegen mit einem Regress rechnen müsse. Aus diesem Grund würde ein Mitarbeiter der AOK zwecks Beratung in der Praxis vorsprechen.

Richtgrößenprüfungen sind allerdings Jahresprüfungen. Insofern kann aufgrund der Verordnungsweise eines Quartal keine ernsthafte Aussage über einen möglichen Regress getroffen werden. Die AOK hat vermutlich das Recht, den Kinderarzt über seine Verordnungsdaten zu informieren, darf aber nicht so tun, als ob hier bereits eine Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet worden ist.

Auch bei diesem Kinderarzt waren die Verordnungsdaten nicht um die Vorab-Praxisbesonderheiten in Baden-Württemberg bereinigt worden. Der Kinderarzt hatte sich allerdings vorab mit seiner Logopädin kurzgeschlossen und sich informiert. So kam der Mitarbeiter der AOK zwar mit vielen Zahlen zum Termin in die Kinderarztpraxis, musste jedoch nach einer halben Stunde einräumen, dass unter der Berücksichtigung der Vorab-Praxisbesonderheiten der betreffenden Kinderarzt sein Richtgrößenvolumen im ausgewiesenen Quartal nicht in voller Höhe genutzt hatte.

Heilmittelerbringer können helfen

Der Fall des Kinderarztes aus Baden-Württemberg zeigt, wie wichtig eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Heilmittelerbringern und verordnenden Ärzten ist. Deswegen könnte eine Strategie von Therapeuten gegen die irreführende Informationspolitik mancher KVen und Krankenkassen darin bestehen, sich aktiv mit dem Thema Heilmittel-Regress zu beschäftigen und dann als Ansprechpartner für Ärzte zu etablieren. *(bu)*

Ganz konkret: Wenn Sie wissen wollen, welche Vorab-Praxisbesonderheiten in Ihrem KV-Gebiet gelten, dann finden Sie diese Information auf *www.heilmittel-regress.de*.

up-premium plus

Praxisinhaber in Niedersachsen können bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 ein Muster für ein Ärzterundschreiben anfordern, in dem auf die einseitige Informationspolitik der KVN hingewiesen wird.

Wirksamkeit von Sturzprophylaxe-Angeboten

Aktive Beteiligung garantiert Erfolg

Sturzprophylaxe bei älteren Menschen allein garantiert noch keinen Erfolg. Die Senioren müssen sich aktiv daran beteiligen. Das ist offenbar häufig nicht der Fall, wie jetzt eine ergänzende Analyse zu zwei Cochrane-Reviews ergab: Schon nach zwölf Monaten machte etwa nur die Hälfte der Teilnehmer an den Sturzprophylaxe-Maßnahmen aktiv mit. Eine ernüchternde Bilanz, die Therapeuten bei ihren Sturzprophylaxe-Angeboten beachten sollten.

Für die Analyse hatten die Wissenschaftler zwei Cochrane Reviews analysiert. Zum einen 111 Studien, in denen besonders das körperliche Bewegungstraining und Tai Chi als hochwirksame Sturzprophylaxe für ältere und noch zu Hause lebende Menschen hervorgehoben worden waren. Zum anderen 41 Studien, die Maßnahmen für ältere Menschen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern untersucht hatten – mit eher negativen Ergebnissen. In einzelnen Studien zeigte sich dort aber die Wirksamkeit eines vielseitigen und angeleiteten Trainings bei Patienten im Krankenhaus, sowie der Einnahme von Vitamin D bei Bewohnern von Pflegeheimen. Die aktive Beteiligung der Senioren spielte jedoch in beiden Reviews keine Rolle.

Nur geringe Umsetzung im Alltag

Die beiden ergänzenden Analysen, die in der Fachzeitschrift „Age & Ageing“ veröffentlicht wurden, zeigen, wie viele der Studienteilnehmer der Einladung überhaupt gefolgt sind (Rekrutierungsrate), wie viele innerhalb der ersten zwölf Monate abgebrochen und wie verlässlich sie die vorgeschriebenen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingehalten haben. Die Ergebnisse: Für die im häuslichen Umfeld lebenden Personen lag die Rekrutierungsrate bei 70 Prozent, zehn Prozent brachen innerhalb eines Jahres ab und etwa 80 Prozent hielten sich an die vorgeschriebenen Maßnahmen. Die Wissenschaftler gehen davon aus, dass sich nach zwölf Monaten Sturzprävention nur die Hälfte der ursprünglichen Teilnehmer treu an die Vorgaben hielt.

Bei älteren Personen in Pflegeheimen und Krankenhäusern sieht die Bilanz noch schlechter aus: Die Rekrutierungsrate lag bei 49 Prozent, die Abbruchquote stieg auf 16 Prozent und etwa 80 Prozent (bei Schwankungen zwischen elf und 93 Prozent) hielten sich an die Maßnahmen. Dies bedeutet, dass nach zwölf Monaten etwa nur noch ein Drittel der Teilnehmer die wirksamen Übungen in ihrem Lebensalltag umsetzen.

Berücksichtigung von Engagement und Therapietreue

Die Ergebnisse haben sowohl für die künftige Konzeption von Studien als auch für die Anbieter von Sturzpräventionsprogrammen Konsequenzen. Es müsse sich in Zukunft künftig stärker um ein hohes Engagement der Teilnehmer und eine größere Therapietreue gekümmert werden, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Sturzprophylaxe tatsächlich belegen zu können. *(ks)*

kurz & knapp

Joggen verlängert das Leben um bis zu sechs Jahre
+++ Neuer Ansporn für Laufmuffel: Wer regelmäßig joggt, verlängert sein Leben – Männer im Schnitt um 6,2 Jahre, Frauen um 5,6 Jahre. Das ist das Ergebnis einer Langzeitstudie, die jetzt auf der Tagung „EuroPRevent2012“ der European Society of Cardiology (ESC) in Dublin vorgestellt wurde.

Über einen Zeitraum von 35 Jahren haben dänische Wissenschaftler in der „Copenhagen City Heart Study“ die Herz-Kreislauf-Gesundheit von knapp 20.000 Einwohnern der dänischen Hauptstadt im Alter von 20 bis 93 verfolgt und die Sterberaten bei 1116 männlichen und 762 weiblichen Joggern mit Nicht-Joggern verglichen. Ihr Fazit: Im Beobachtungszeitraum wurden 10.158 Todesfälle unter den Nichtläufern und 122 in der Läufergruppe registriert. Mehr noch: Die Lebenserwartung der Läufer lag um 44 Prozent höher als die der Laufmuffel.

Am gesündesten waren Menschen, die zwei bis dreimal pro Woche zwischen einer und zweieinhalb Stunden im gemäßigten Tempo joggten. *(ks)*

Drohung oder nicht? Das ist hier die Frage...

AOK mahnt *up* ab

Welche Methoden die AOK bei Therapeuten anwendet, die für ihre Patienten einen Antrag auf langfristige Genehmigung stellen, haben wir auf Seite 1 in dieser Ausgabe berichtet. Jetzt durfte *up* am eigenen Leib erfahren, wie sich das so anfühlt, wenn man ins unliebsame Visier der Kasse gerät.

Kurz nach der Veröffentlichung der ersten Version des Artikels im Internet unter der Überschrift: *„Mit Drohgebärden Therapeuten einschüchtern – AOK ist jedes Mittel recht, um langfristige Genehmigung zu verhindern“,* erhielten wir ein rechtsanwaltliches Schreiben im Auftrag der AOK Rheinland Pfalz/Saarland, in dem wir aufgefordert wurden, Passagen des Artikels sofort zu löschen und eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben. In dem fünfseitigen Schreiben werden wir bezichtigt, mit „unwahren Tatsachenbehauptungen“ den Ruf der AOK zu schädigen. Begründung: Die AOK habe keine Therapeuten „bedroht“, wie in unserem Artikel zu lesen sei.

Neben der Überschrift stach in dem Schreiben der Kasse vor allem der Satz ins Auge: „Käme nicht innerhalb einer gesetzten Frist der Nachweis über die geforderte Berechtigung, würde die Kasse den Fall über die Anwaltskammer klären lassen“. Das sei doch keine Drohung, meint die AOK: „Der Hinweis, dass bei Nichteingang entsprechender Nachweise zur Tätigkeit des Therapeuten auch eine Klärung über die Anwaltskammer bzw. die Zulassungsstelle für Rechtsdienstleistungen erfolgen könne, stellt keine Drohung dar“.

Das sieht Rechtsanwalt Jürgen Heimbeck – ebenso wie *up* – allerdings anders: „ Die AOK hat dem Therapeuten mit der Klärung über die Anwaltskammer ein empfindliches Übel angekündigt. Damit wird der Therapeut verängstigt und unter Druck gesetzt. Aus meiner Sicht ist das eine Drohung.“ Dazu kommt, dass die Anwaltskammer mit dieser Sache gar nichts zu tun hat, ebenso wenig wie die Zulassungsstelle für Rechtsdienstleistungen. Denn – wie in unserem Artikel beschrieben – hat der Therapeut keine gewerblich rechtsgeschäftliche Besorgungen für Dritte nach dem Rechtsdienstleistungsgesetz erbracht. Genauso wie die von uns zitierte Rechtsanwältin Özlem Erdem-Wulff ist auch Jürgen Heimbeck dieser Meinung: „In diesem Fall steht die Rechtsdienstleistung im Hintergrund. Der Therapeut hat lediglich für seinen Patienten einen Antrag bei der Kasse eingereicht. Das ist kein Verstoß gegen §5 des Rechtsdienstleistungsgesetzes“. Nur die AOK findet, dass der Therapeut seine Patientin bei der Antragsstellung unterstützt habe, gehe weit über die Erledigung bürokratischer Dinge hinaus und sei somit auch nicht nach §5 Rechtsdienstleistungsgesetz erlaubnisfähig.

Das Schreiben endet mit der Forderung der unverzüglichen Löschung der entsprechenden Textpassagen, der Abgabe einer strafrechtlichen Unterlassungserklärung „zur Ausräumung der bestehenden Wiederholungsgefahr“ und einer zu begleichenden Rechnung von 1.196,43 Euro. „Die AOK scheint ihre Einschüchterungsmethode nicht nur bei Therapeuten weiterzuführen“, resümiert Jürgen Heimbeck. *(ko)*

Hintergründe zu dem Artikel lesen Sie auf Seite 1 und im Editorial.

Vorsicht beim „Schummeln“

Das Risiko für Leistungserbringer, beim Abrechnungsschummeln erwischt zu werden, nimmt von Jahr zu Jahr zu. 60 Prozent mehr Hinweise auf Abrechnungsmanipulation im Vergleich zum Vorjahr hat die DAK im vergangenen Jahr untersucht. Das gab die Krankenkasse jetzt in einer Pressemitteilung bekannt.

Steigende Fallzahlen beim Abrechnungsbetrug sind nach Ansicht von Volker zur Heide, Leiter der DAK Ermittlungsgruppe, „ein Beleg dafür, dass sich unsere Methoden bei der Hinweisprüfung und Fallverfolgung stetig verbessert haben.“ Nach Einschätzung der DAK-Gesundheit sind die Täter beim Abrechnungsbetrug in allen Leistungsbereichen zu finden. Bei den im Jahr 2011 eingegangenen Hinweisen bilden die Heilmittel, wie zum Beispiel Physiotherapie, Krankengymnastik oder Massagen, mit 47 Prozent der Ermittlungen den Schwerpunkt. Es folgen die Bereiche Pflege und ärztliche Behandlung mit 13 Prozent bzw. 12 Prozent.

Steigende Fallzahlen seien ein Indiz für die steigende kriminelle Energie bei den Leistungserbringern, interpretierte zur Heide die Zahlen. Außen vor ließ er dabei aber Hinweise auf die unterschiedlichen Abrechnungsregelungen bei verschiedenen Kassenarten. Auch kommentierte er nicht die Tatsache, dass selbst Mitarbeiter der Krankenkassen die komplizierten formalen Anforderungen an eine Heilmittelverordnung nicht wirklich kennen.

Stattdessen hofft die DAK darauf, dass die strafrechtliche Verfolgung von Abrechnungssündern den anderen Leistungserbringern Angst macht: „Wir gehen davon aus, dass unsere Arbeit zu einer gewissen Abschreckung führt und sich dadurch langfristig auch die Hemmschwelle zur Manipulation erhöht“, betonte Volker zur Heide. *(bu)*

Mehr zu dem Thema lesen Sie auf den Seiten 14 und 15.

Ärztlich verordnete Bewegungsprogramme

Sportverein und Fitnessstudio auf Rezept wirkungslos

Immer mehr Ärzte verordnen ihren Patienten „Bewegung auf Rezept". Dabei kooperieren sie mit lokalen Sportvereinen und Anbietern von Fitness- und Gesundheitskursen. Bislang finden sich unter den Anbietern nur wenige Heilmittelerbringer. Doch das Rezept scheint nicht die gewünschte, nachhaltige Motivationswirkung zu haben, wie erhofft. Das ist zumindest das Ergebnis einer britischen Metaanalyse, die in verschiedenen Studien die Effekte der ärztlich verordneten Bewegungsprogramme untersucht hat. Sie wurde kürzlich in der Fachzeitschrift „British Medical Journal" veröffentlicht.

Grundlage waren für die britischen Metaanalytiker acht Studien mit insgesamt 5.190 Teilnehmern, heißt es in einer Meldung des Forums Gesundheitspolitik. Untersucht wurden die Effekte gezielter Beratung und Überweisung zu professionellen Anbietern von Bewegungsprogrammen, die in der Regel über zehn bis zwölf Wochen liefen. Schwerpunkte waren dabei die Dauer der körperlichen Bewegung, die körperliche Fitness, Übergewicht, Blutdruck und ähnliche Körperwerte sowie das psychische Wohlbefinden überwiegend im Sitzen arbeitender Menschen.

Abbrecherquote berücksichtigt

Fazit: Die Zahl der Personen, die mehr Bewegung verordnet bekamen, lag bei einem gemäßigten körperlichen Training von mindestens 90 bis 150 Minuten pro Woche zunächst sechs und zwölf Monate nach Beginn der Studien um 16 Prozent höher als bei denen ohne Rezept. Berücksichtigt man jedoch den nicht geringen Anteil der Abbrecher, gab es keine signifikanten Unterschiede mehr. Dies gelte auch für die körperliche Fitness und die genannten Körperwerte. Auch die Wirkungen auf Ängste oder depressive Zustände zeigten kein einheitliches Bild.

Beim Vergleich der Effekte von „Bewegung auf Rezept" mit einem aus motivierender Beratung und Trainer-Bewegungsprogramm bestehenden alternativen Angebot für körperliche Aktivitäten fanden die britischen Wissenschaftler bei keinem der ausgewählten Indikatoren signifikante Unterschiede. Dies galt auch dann, wenn zusätzlich zur Überweisung noch verhaltensverändernde Angebote in Anspruch genommen wurden.

Dass mit dem Thema „Bewegung auf Rezept" auch sachkundiger und seriöser als in Deutschland umgegangen werden kann, zeige das Beispiel des britischen „National Health Service (NHS)", heißt es weiter. Dort habe das „National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)", eine Art „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)", dem NHS empfohlen, diese Leistung wegen der unzulänglichen Evidenz nicht oder lediglich probehalber innerhalb einer quantitativ begrenzten kontrollierten Nutzenstudie einzuführen.

Trotz der als nahezu wirkungslos bewerteten ärztlichen Verordnung wird den Ärzten dennoch empfohlen, Patienten mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko auch weiterhin gezielt Bewegungsprogramme zu verordnen. *(ks)*

Service: Ein Abstract der Metaanalyse finden Sie im Internet unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22058134?dopt=Abstract.

Studie „Strategie 2030 – Gesundheit“

Zukunftstrend Medical Wellness und Prävention

Gesundheit wird nicht länger als das Fernbleiben von Krankheiten, sondern zunehmend als höhere Lebensqualität verstanden. Nach einer Studie der Berenberg Bank und des Hamburgischen WeltWirtschaftInstituts (HWWI) steigt der Trend zu Medical Wellness und Prävention. Privat finanzierte Gesundheitsausgaben werden in Zukunft weiter wachsen. Therapeuten finden in der Studie interessante Daten, die sie für die Entwicklung von Selbstzahlerleistungen nutzen können.

Die Wachstumsperspektiven in der Gesundheitsbranche sind sowohl von der Angebots- als auch von der Nachfrageseite sehr günstig, heißt es in der HWWI-Pressemitteilung zur Studie „Strategie 2030 – Gesundheit“. Die Weltbevölkerung wächst, die westlichen Gesellschaften altern, die Einkommen steigen und die Gesundheitsausgaben nehmen überproportional zum Einkommen zu, prognostizieren die Wirtschaftsforscher. „In den Industrieländern werden Innovationen und eine Individualisierung der Gesundheitsversorgung eine bedeutende Rolle spielen“, so Professor Dr. Thomas Straubhaar, Direktor des HWWI.

Rund 900 Euro zusätzlich für private Gesundheitsausgaben

Der anhaltende Kostendruck und die Rationierung der öffentlichen Gesundheitsleistungen werden zu einem deutlichen Anstieg des „zweiten Gesundheitsmarktes“ führen, heißt es in der Studie. Nach Berechnungen einer weiteren Studie von Roland Berger Strategy Consultants stiegen die privaten Gesundheitsausgaben in Deutschland zwischen 2003 (49 Milliarden Euro) und 2007 (60 Milliarden Euro) durchschnittlich pro Jahr um rund 5,2 Prozent nominal. Jeder Erwachsene gab somit 2007 im Durchschnitt rund 900 Euro zusätzlich privat für Gesundheit aus.

„Der zweite Gesundheitsmarkt ist mit rund 26 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben zurzeit noch relativ klein, wächst aber schnell und dürfte angesichts einer steigenden Gesundheitspräferenz und Rationierung der gesetzlichen Leistungen weitere Wachstumsimpulse erhalten“, so Cornelia Koller, Volkswirtin der Berenberg Bank. Verbunden mit den gestiegenen Gesundheitsbedürfnissen werde Gesundheit und Lifestyle immer mehr zu einem „Healthstyle“. Kosmetik und Ernährung, Sport und Reisen werden dabei wichtige Bestandteile des neuen Lebensstils.

Neue Chancen auf dem Ernährungssektor

Die wesentlichen Bereiche des zweiten Gesundheitsmarktes seien Wellness, Prävention und Gesundheitstourismus. Die Volkswirtin der Berenberg Bank sieht einen klaren Trend zu Medical Wellness („Man ist so alt, wie man sich fühlt“), der Prävention von Altersbeschwerden und -krankheiten, zu Anti-Aging („Man ist so alt, wie man aussieht“) sowie zu Functional Food („Man isst, um gesund und jung zu bleiben). So werde durch die Zunahme typischer Alterskrankheiten wie Diabetis mellitus und Arteriosklerose eine entsprechende Spezialkost, wie diätische und prophylaktisch wirkende Nahrungsmittel, einen deutlich höheren Stellenwert erlangen. Das gleichzeitige Streben nach Healthness auch unter der jüngeren Bevölkerung werde Herstellern von gesunder Nahrung neue Produktlinien eröffnen.

Andere Wohnformen des Betreuten Wohnens

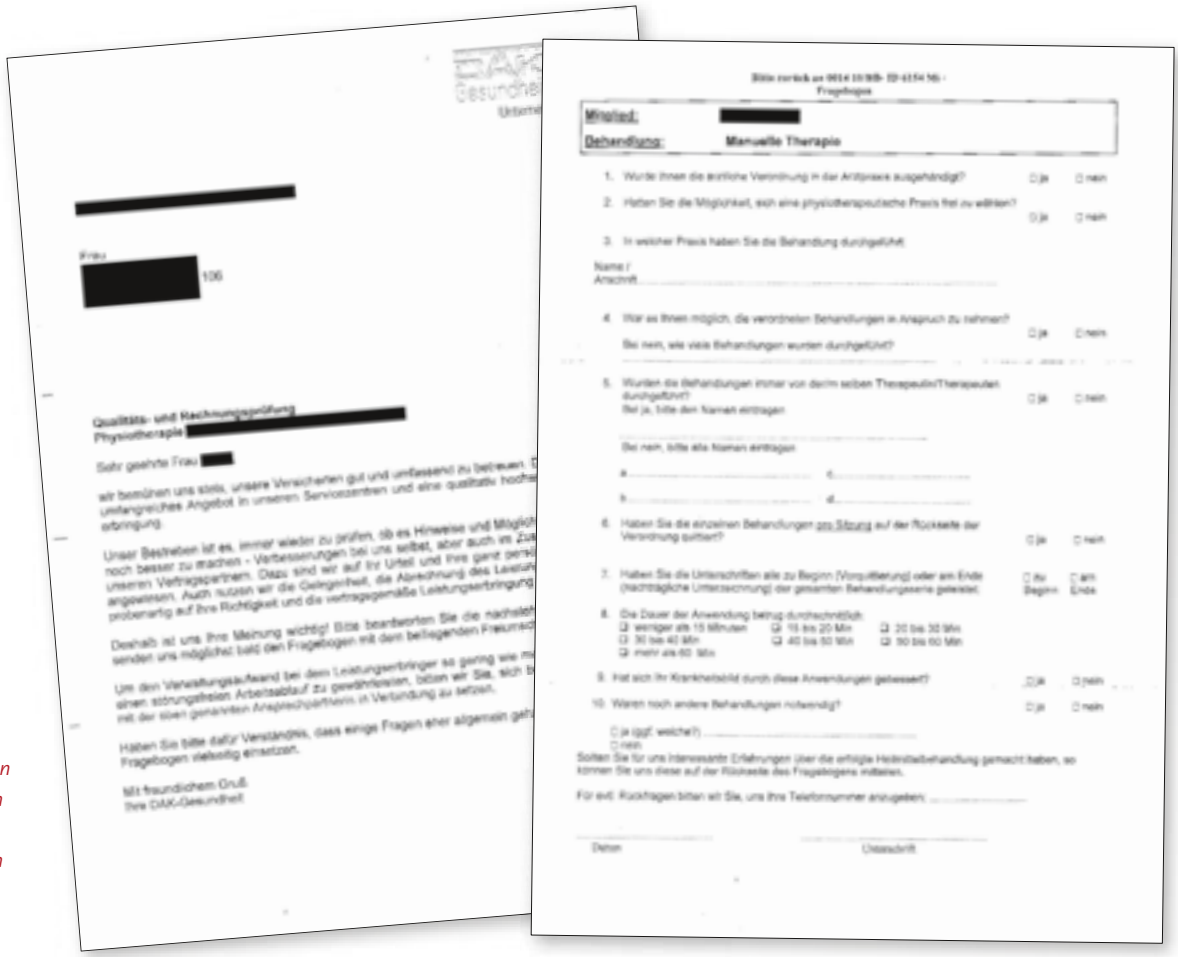
Weitere Trends sind Healthness und Selfness („Man verbringt Freizeit, um gesund und jung zu bleiben“), von denen vor allem die Sparten des Tourismus- und Sportbereiches profitieren werden. Eine wichtige Rolle spiele auch das Aging in Place („Man wird länger alt, bleibt länger selbständig in Healty homes“), das altersgerechte Wohnen, in dem neben Pflegeheimen für ältere Menschen auch andere Wohnformen des Betreuten Wohnens wie Haus- und Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser oder Senioren-WG´s deutlich steigen werden.

Die demografische Entwicklung in Deutschland werde Innovationen in vielen Sparten der Gesundheitsbranche auslösen: Im Jahr 2060 werden 34 Prozent aller Einwohner älter als 65 Jahre sein, verglichen mit aktuell gut 20 Prozent. Die Zahl der über 80-Jährigen wird bis 2060 auf 14 Prozent der Bevölkerung wachsen, verglichen mit derzeit rund sechs Prozent. Und die Bereitschaft, vermehrt in die eigene Gesundheit zu investieren, werde zunehmen und, so die Zukunftsforscher, Unternehmen und Anlegern viele Chancen eröffnen. *(ks)*

Service:
Die Studie „Strategie 2030 – Gesundheit“ ist der 14. Band einer Studienreihe mit dem Titel „Strategie 2030 – Vermögen und Leben in der nächsten Generation“ und kann unter www.berenberg.de/fileadmin/assets/publikationen/strategie_2030/Strategie_2030_Gesundheit.pdf heruntergeladen werden.

Krankenkassen führen Patientenbefragung durch

So schnell führt Qualitätsprüfung zum Abrechnungsregress



Qualitäts- und Rechnungsprüfung
Physiotherapie

Sehr geehrte Frau

Mit freundlichem Gruß
Ihre DAK-Gesundheit

Mitglied:
Behandlung: Manuelle Therapie

1. Wurde Ihnen die ärztliche Verordnung in der Arztpraxis ausgehändigt? ☐ja ☐nein
2. Hatten Sie die Möglichkeit, sich eine physiotherapeutische Praxis frei zu wählen? ☐ja ☐nein
3. In welcher Praxis haben Sie die Behandlung durchgeführt:
Name / Anschrift
4. War es Ihnen möglich, die verordneten Behandlungen in Anspruch zu nehmen? ☐ja ☐nein
Bei nein, wie viele Behandlungen wurden durchgeführt?
5. Wurden die Behandlungen immer von demselben Therapeuten/Therapeutin durchgeführt? ☐ja ☐nein
Bei ja, bitte den Namen eintragen
Bei nein, bitte alle Namen eintragen
6. Haben Sie die einzelnen Behandlungen pro Sitzung auf der Rückseite der Verordnung quittiert? ☐ja ☐nein
7. Haben Sie die Unterschriften als zu Beginn (Vorquittierung) oder am Ende (nachträgliche Unterschrift) der gesamten Behandlungsserie geleistet: ☐zu Beginn ☐am Ende
8. Die Dauer der Anwendung betrug durchschnittlich:
☐ weniger als 15 Minuten ☐ 15 bis 20 Min ☐ 20 bis 30 Min
☐ 30 bis 40 Min ☐ 40 bis 50 Min ☐ 50 bis 60 Min
☐ mehr als 60 Min
9. Hat sich Ihr Krankheitsbild durch diese Anwendungen gebessert? ☐ja ☐nein
10. Waren noch andere Behandlungen notwendig? ☐ja ☐nein
☐ja (ggf. welche?)
☐nein
Sollten Sie für uns interessante Erfahrungen über die erfolgte Heilmittelbehandlung gemacht haben, so können Sie uns diese auf der Rückseite des Fragebogens mitteilen.
Für evtl. Rückfragen bitten wir Sie, uns Ihre Telefonnummer anzugeben:
Datum Unterschrift

In ihrem Schreiben an den Versicherten bittet die Kasse um die Beantwortung des mitgeschickten Fragebogens.

Immer mehr Krankenkassen schicken ihren Patienten Fragebögen zu, mit denen sie Details zur Behandlung in Heilmittelpraxen abfragen. Solche Nachfragen bei den behandelten Patienten werden nicht zufällig durchgeführt, sondern sind in der Regel der Anfang einer Rechnungsprüfung, die oft mit hohen Rückforderungen an die Heilmittel-Praxis endet. Praxisinhaber sollten deswegen sehr genau auf die Einhaltung ihrer Verträge achten.

„Qualitäts- und Rechnungsprüfung“ steht in der Betreff-Zeile des Schreibens einer Krankenkasse, mit dem Details zur Behandlung durch eine Physiotherapie-Praxis beim Patienten abgefragt werden. „Unser Bestreben ist es, immer wieder zu prüfen, ob es Hinweise und Möglichkeiten gibt, etwas noch besser zu machen“, beginnt das Schreiben an den Versicherten Mario Müller*. Er war vor einiger Zeit zur Behandlung in der Praxis von Siegrid Tauchelt*, Physiotherapeutin in Hessen. Seine Krankenkasse möchte nun „Verbesserungen bei uns selbst, aber auch in Zusammenwirken mit unseren Vertragspartnern“ bei ihm erfragen. Und noch etwas bezweckt die Kasse mit ihrem Schreiben: „Auch nutzen wir die Gelegenheit, die Abrechnung des Leistungserbringers stichprobenartig auf ihre Richtigkeit und die vertragsgemäße Leistungserbringung zu überprüfen.“ Die Anlage enthält einen detaillierten Fragebogen, den Mario Müller gebeten wird, auszufüllen. Aber – ohne vorher bei seinem Therapeuten rückzufragen! „Um den Verwaltungsaufwand bei dem Leistungserbringer so gering wie möglich zu halten und einen störungsfreien Arbeitsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich bei Rückfragen direkt mit der oben genannten Ansprechpartnerin [der Krankenkasse] in Verbindung zu setzen“, erklärt die Kasse den Grund.

Patientenbefragung keine Seltenheit mehr

Die Befragung von Patienten hinsichtlich der Durchführung von Behandlung in Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen gehört inzwischen zum Prü-

fungsalltag der Prüfungsstellen der Krankenkassen. Liegt ein hinreichend begründeter Anfangsverdacht, zum Beispiel auf eine Falschabrechnung vor, dann werden alle Patienten einer bestimmten Praxis solch einer Befragung unterzogen. So auch geschehen bei Rolf Tappert*, Logopäde aus Göppingen mit einer Zweigstelle in Stuttgart: Alle Patienten seiner Stuttgarter Filiale erhielten einen Fragebogen, in dem es unter anderem darum ging, wer genau während der Therapie anwesend war. So kam heraus, dass von Tapperts Mitarbeitern zeitweise Einzeltherapien abgerechnet wurden, obwohl zwei Patienten gleichzeitig behandelt worden waren. Das war auch für Tappert eine Überraschung mit teuren Folgen: 125.000 Euro hatte die Krankenkasse ursprünglich geforderten, im Vergleich einigte man sich dann auf 25.000 Euro.

Meistens kann man an den Fragen der Krankenkasse bereits erkennen, welche Vorwürfe untersucht werden. Im Fall von Siegrid Tauchelt geht es um die Leistung „Manuelle Therapie“, die ja nur von entsprechend zertifiziert und angemeldeten Mitarbeitern erbracht werden darf. „Wurden die Behandlungen immer von demselben Therapeuten durchgeführt? Wenn ja, bitte Namen eintragen. Wenn nein, bitte alle Namen eintragen.“ Derlei Fragen zeigen, dass die Krankenkasse hier erhebliche Zweifel an der Qualifikation der Therapeuten hat. Auch die Dauer der Behandlung in Minuten wird abgefragt und wie viele Therapiesitzungen denn überhaupt stattgefunden hätten. Auch weitere Formalien spielen für die Krankenkasse eine Rolle: „In welcher Praxis ist die Verordnung durchgeführt worden?“. „Haben Sie die einzelnen Behandlungen pro Sitzung auf der Rückseite der Verordnung quittiert?“.

Kassen forschen detailliert nach

Die Krankenkasse zeigt sich auch hinsichtlich der freien Therapeutenwahl interessiert: „Wurde Ihnen die ärztliche Verordnung in der Arztpraxis ausgehändigt?“ lautet eine, die um eine Folgefrage ergänzt wird: „Hatten Sie die Möglichkeit, eine physiotherapeutische Praxis frei zu wählen?“ Ganz zum Schluss des Fragebogens wird Mario Müller noch einmal aufgefordert, über seine Erfahrungen mit der Praxis zu berichten: „Sollten Sie für uns interessante Erfahrungen über die erfolgte Heilmittelbehandlung gemacht haben, so können Sie uns dieses auf der Rückseite des Fragebogens mitteilen.“

„Ich hätte nicht gedacht, dass die Krankenkassen so detailliert nachforschen“, fasst Siegrid Tauchelt ihre bisherigen Erfahrungen zusammen. Sie ahnt bereits, was die Kasse sucht. Was vielen Praxisinhabern als kleine „Schummellei“ erscheint, bekommt für Tauchelt plötzlich bedrohliche Dimensionen: „So etwas wie Kavaliersdelikte gibt es bei den Kassenverträgen offensichtlich nicht – in Zukunft werden wir noch genauer auf die Einhaltung von Verträgen achten!“ *(bu)*

*Name v.d. Red. geändert

i Hintergrund

Krankenkassen prüfen Abrechnungen genau nach

Dürfen die das?

Dürfen Krankenkassen, die eine Rechnung ohne Beanstandung bezahlt haben, später einfach noch einmal ihre Meinung ändern und womöglich Jahre später Geld zurück verlangen? Darauf gibt es eine einfache Antwort: Die Krankenkassen dürfen das nicht nur, sie müssen es sogar!

Jede Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, sogenannte „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ einzurichten. Gemäß §197a, SGB V müssen diese Stellen aktiv werden, wenn es Hinweise auf „Unregelmäßigkeiten“ gibt, wie zum Beispiel:

- **Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen („Luftleistungen“/„Luftrezepte“);**
- **Abrechnung von einer, mit nicht notwendigen Qualifikationen, erbrachten Leistung;**
- **Annahme, Gewährung und/oder Vorenthaltung von Rückvergütungen („kick-back“);**
- **Rezept- und/oder Verordnungsfälschung;**
- **Unzulässige Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Vertragsärzten**

Jeder Leistungserbringer, der mit der GKV abrechnet, versichert in seiner Abrechnung, dass er sich an die jeweils geltenden Verträge gehalten hat. Aufgrund der großen Menge der zur Abrechnung gebrachten Heilmittelverordnungen dürfen die Kassen nach Ansicht des Bundessozialgerichtes davon ausgehen, dass sich Leistungserbringer auch wirklich an die jeweiligen Bestimmungen der Verträge halten. Insofern ist die Nichteinhaltung der vertraglichen Rahmenbedingungen kein Kavaliersdelikt, sondern ein Vertragsverstoß der vier Jahre rückwirkend wirksam werden kann.

Geht die Krankenkasse bei ihrer Prüfung davon aus, dass der abrechnende Leistungserbringer sich vorsätzlich nicht an die vertraglichen Bestimmungen gehalten hat, muss die Krankenkasse die Staatsanwaltschaft einschalten, und der Regress kann über die oben genannten vier Jahre hinaus auch noch länger zurück wirken. Die dabei entstehende Regress-Summe stellt für den Leistungserbringer in der Regel ein erhebliches Problem dar. *(bu)*

Physiotherapeut auf Rad-Wegen

Mit Mountainbike-Touren neue Patienten gewinnen

Sie sind die Highlights für viele Patienten der Physiotherapiepraxis Körperwerk im baden-württembergischen Weil der Stadt: die geführten Mountainbike-Touren. Einmal im Monat radeln sie unter der fachkundigen Leitung von Therapeut Martin Gigler durch den nördlichen Schwarzwald – ein kostenloser Service, der nicht nur allen Spaß macht, sondern auch die Bindung an die Praxis fördert.

Im Sommer 2009 hat der begeisterte Radsportler, der 1991 seinen Abschluss als Physiotherapeut machte und 1997 seine Praxis eröffnete, mit den geführten Mountainbike-(MTB)-Touren begonnen. Inzwischen laufen sie fast das ganze Jahr durch – selbst im Winter. „Allerdings sind die Strecken dann etwas kürzer“, ergänzt Martin Gigler, der alle Touren akribisch vorbereitet, angefangen von der Streckenlänge bis hin zu den Höhenunterschieden. Denn schließlich müssen die Teilnehmer vorher wissen, worauf sie sich einlassen. „Sie müssen sich eine solche Tour schon selbst zutrauen.“

Die MTB-Touren sind inzwischen eine feste Größe im Alltag der Praxis und eine ideale Ergänzung zur Therapie.

Radfahren als Therapie

Im Schnitt dauern die Fahrten etwa zweieinhalb Stunden, gehen über eine Strecke von 25 Kilometern mit einem Höhenunterschied von 500 Metern. Im Spätsommer und im Herbst sind die Touren teilweise doppelt so lang, da Gigler die Strecken- und Höhenmeter langsam aufbaut. Es wird dann etwa drei Stunden, 40 Kilometer und mit einem Höhenunterschied von 600 Metern gefahren. Zwischen sechs und neun Radfahrer im Alter von Mitte 20 bis Ende 50 Jahre nehmen pro Tour teil – „insgesamt haben wir einen Pool von etwa 20 Leuten“, so Gigler, die sich von seiner Begeisterung für den Radsport haben anstecken lassen. „Wir haben einige Patienten“, freut er sich, „die sich jetzt sogar ein Mountainbike gekauft haben.“ Die Teilnahme ist kostenlos.

Vielen Patienten, die u.a. wegen Knieprobleme oder Übergewicht in seiner Behandlung waren, empfahl der 45-jährige Therapeut, sich mehr zu bewegen. Um sei-

ne Empfehlungen auch gleich in die Tat umzusetzen, kam Gigler, der sich selbst als „Rad-Freak“ bezeichnet, auf die Idee der geführten MTB-Touren. Er entwarf Flyer, die er überwiegend in der eigenen Praxis aber auch in Geschäften in der Umgebung auslegte.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung der geführten MTB-Touren wurde Gigler Mitglied in der Deutschen Initiative Mountainbike (DIMB) e.V. und absolvierte dort im April 2008 eine Ausbildung zum MTB-Trailscout. Der Lehrgang am Gardasee umfasste 40 Unterrichtseinheiten, u.a. wurde die Auswahl zielgruppengerechter, natur- und sozialverträglicher Touren vermittelt sowie eine kundenorientierte und sichere Führung der Gruppen. Kenntnisse in Erster Hilfe und die Vermeidung von Notfällen bzw. das richtige Verhalten bei Notfällen rundeten den Kurs ab.

Für den begeisterten Radfahrer steht der Spaß im Vordergrund – auch wenn die Vorbereitung der Touren immer viel Zeit in Anspruch nimmt. In der Regel fährt er die Strecke vorher noch einmal ab und schreibt alle Teilnehmer in der Woche davor per Mail an. „Sie müssen sich anmelden“, so Gigler, „denn mehr als zehn Teilnehmer sollte eine Gruppe nicht haben.“

Ziel der Touren ist „eine entspannte Ausfahrt mit dem MTB durch eine schöne Landschaft ohne Stress und Leistungsdruck“, heißt es auf der Homepage. Daher habe auch der Schutz und die Rücksichtnahme auf Natur und Umwelt gemäß den DIMB-Regeln höchste Priorität.

Als besonderes Bonbon bietet Martin Gigler ein bis zweimal pro Jahr eine dreitägige Tour an. Die nächste SchwarzwaldXing startet am 14. September 2012 und kostet inklusive zwei Übernachtungen mit Frühstück und der Rückfahrt mit dem Zug 135 Euro. Dabei wird täglich eine Strecke zwischen 40 und 55 Kilometern geradelt.

Nicht nur für Patienten

Die MTB-Touren sind inzwischen eine feste Größe im Alltag der Praxis Körperwerk – und gleichzeitig eine ideale Ergänzung zur Therapie. Ihre Fans sind nicht nur Patienten, auch deren Angehörige und Freunde finden zunehmend Gefallen an den geführten Radtouren. Und der eine oder andere bleibt der Praxis treu, wenn er mal selbst physiotherapeutische Hilfe benötigt... *(ks)*

Kontakt:
Martin Gigler
Körperwerk Mountainbiketouren
Vordere Straße 2/1
71263 Weil der Stadt
Tel.: 07033-35469
E-Mail: radsport@koerperwerk.org
www.koerperwerk-online.de

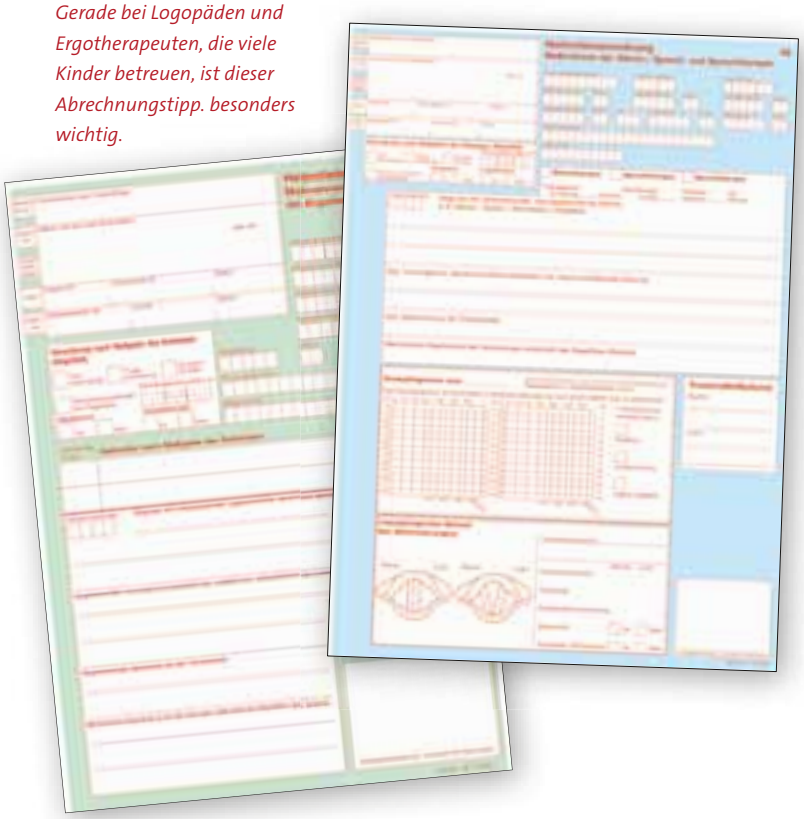
Der Abrechnungstipp

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Immer wieder werden Verordnungen von Krankenkassen wegen formaler und inhaltlicher Fehler abgesetzt. Wir zeigen Ihnen, wie Sie Absetzungen vermeiden, und fassen zu verschiedenen Abrechnungsthemen alle wichtigen Regeln und Besonderheiten auf einen Blick zusammen. Sie können die Rubrik nutzen, um bei Fragen nachzuschlagen. Sie können den Artikel Ihren Mitarbeitern und Rezeptionsfachkräften als Nachschlaghilfe geben oder Ihrem zuweisenden Arzt als Information. Alle Artikel können *up-premium plus* Kunden kostenfrei an der Hotline abrufen oder im *buchner Shop* downloaden. So kommen Sie formal korrekt durch den Verordnungsdschungel und schützen sich vor Absetzungen.

Gruppentherapie verordnen manche Ärzte sehr gern, weil sie billiger ist als Einzeltherapie und somit das Richtgrößenvolumen des einzelnen Arztes weniger belastet. In der Praxis wird es jedoch selten gelingen, eine geeignete Gruppe für jeden Patienten zu finden. Zu unterschiedlich sind die Indikationen, verfügbare Zeiten, Alter und Geschlecht der Patienten. Das ist auch den Autoren der Heilmittel-Richtlinie klar. Deshalb dürfen Therapeuten unter bestimmten Bedingungen die Verordnung von Gruppen- in Einzeltherapie ändern.

Gerade bei Logopäden und Ergotherapeuten, die viele Kinder betreuen, ist dieser Abrechnungstipp. besonders wichtig.



GRUNDREGELN

- Heilmittel können als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden (§10 HeilM-RL)
- Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, soll Gruppentherapie verordnet werden (§10 HeilM-RL)
- Kann eine verordnete Gruppentherapie aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen. (§16 Abs. 5 HeilM-RL)
- Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblattes (§17 Abs. 4 Rahmenempfehlungen gem. §125 SGB V)

SELBST KORRIGIEREN

- Auf der Rückseite der Verordnung, unten links, ist bereits ein Feld zum Ankreuzen vorgesehen: Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie
- Hier findet sich auch Platz für eine kurze Begründung.
- Es gibt keine definierten Anforderungen an solche Begründungen. Man bleibt allgemein, zum Beispiel: organisatorische Gründe, terminliche Einschränkungen des Patienten, fehlende Teilnehmer für eine Gruppe, keine Patienten mit vergleichbarer Indikation etc.
- Die Information an den Arzt, dass man die verordnete Gruppen- als Einzeltherapie erbracht hat, erfolgt im Anschluss an die Behandlungen über den Therapiebericht.

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

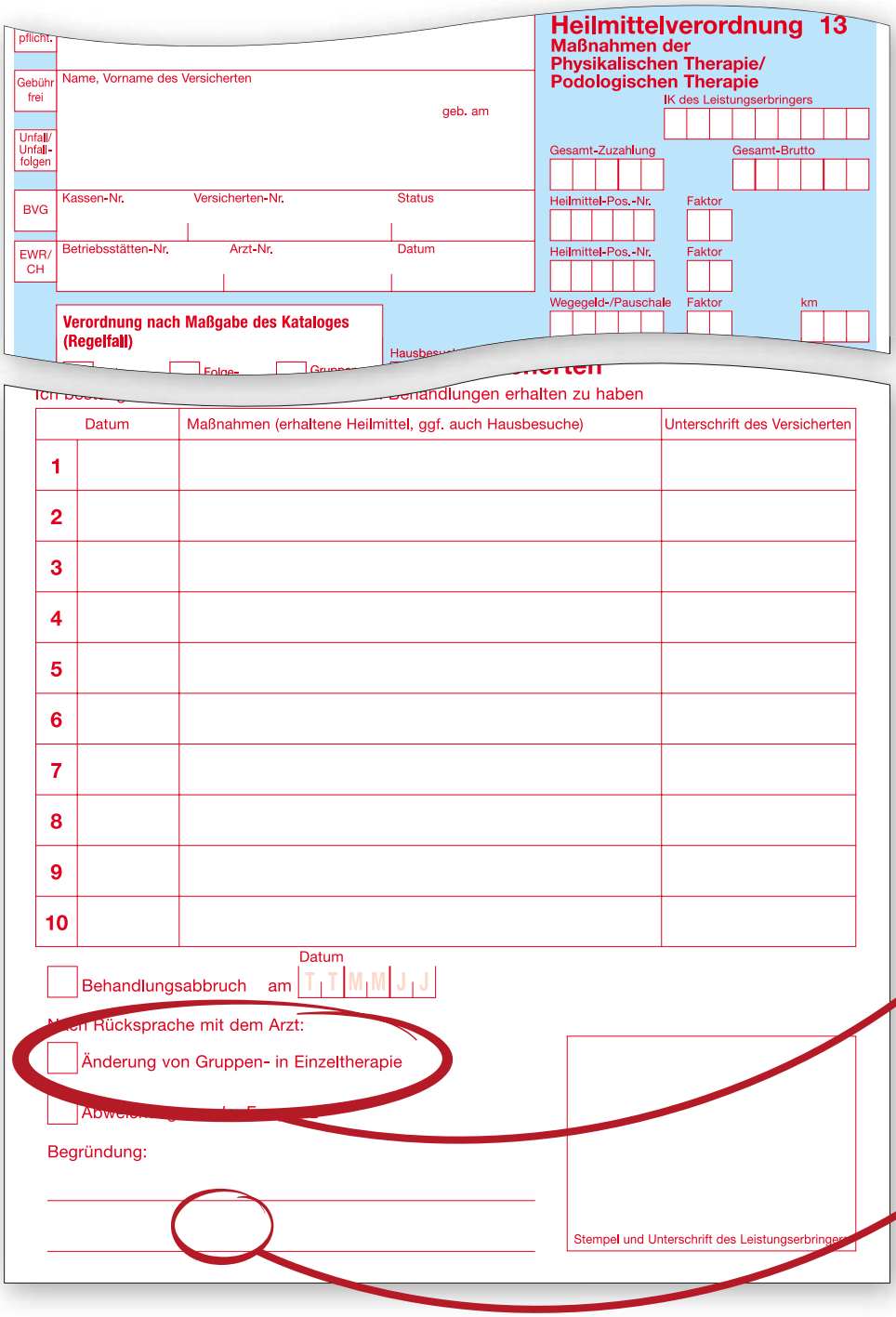
- Der Arzt ist bei der Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie vollkommen unbeteiligt.
- Die vorgeschriebene Regelung „...hat den Arzt zu informieren...“ bedeutet nicht, dass der Arzt zu der Änderung gefragt werden muss.

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Da es sich bei der Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie um eine Regelung aus der Heilmittel-Richtlinie handelt, gibt es hier auf Rahmenvertragsebenen keine regionalen Unterschiede.

BESONDERHEITEN

- Ob man Gruppen- oder Einzeltherapie verordnet, macht für manche Ärzte einen erheblichen Unterschied aus, da Gruppentherapie immer billiger ist als Einzeltherapie. Deswegen verordnen einige Ärzte Gruppentherapie aus rein finanziellen Erwägungen.
- Im Prinzip soll der Arzt, im Falle einer späteren Wirtschaftlichkeitsprüfung, darauf drängen, dass nur die Kosten der Gruppentherapie seinem Budget zugerechnet werden. Denn auf die Änderung in die Einzeltherapie hatte er ja keinen Einfluss.
- Deswegen ist es wichtig, dass der Arzt über die Änderung informiert wird. *(bu)*



Die Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie wird auf der Rückseite der Verordnung mit einem Kreuz dokumentiert.

Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblattes. Sie kann allgemein gehalten werden.

Eingestellt ohne schriftlichen Vertrag

Ist ein mündlicher Arbeitsvertrag wirksam?

In Heilmittelpraxen kommt es manchmal vor, dass Mitarbeiter eingestellt werden, ohne vorher einen schriftlichen Arbeitsvertrag unterschrieben zu haben. Das ist eine bestimmte Zeit aus rechtlicher Sicht völlig in Ordnung, dennoch kann es zu Uneinigkeiten bezüglich der Absprache kommen. Praxischefs sollten daher spätestens drei Monate nach Arbeitsbeginn den schriftlichen Vertrag nachreichen.

Praxischefin Marion Klüger* hat viel Stress. Sie braucht dringend eine neue Mitarbeiterin, um den derzeitigen Ansturm von Patienten bewältigen zu können. Da hört sie per Zufall von einer Kollegin in ihrer Stadt, die nach einer geeigneten Stelle sucht. Kurzentschlossen greift die gestresste Chefin zum Telefon und bespricht schon einen Tag später mit der Physiotherapeutin die Details des Arbeitsvertrags. Doch da die Praxischefin so viel um die Ohren hat, schafft sie es nicht, den Vertrag rechtzeitig vor Arbeitsbeginn fertig zu stellen und unterschreiben zu lassen. Nun arbeitet die Kollegin schon seit einem Monat ohne Vertrag und Marion Klüger fragt sich: Ist ein mündlicher Arbeitsvertrag überhaupt wirksam?

Diese Frage lässt sich eindeutig mit „Ja" beantworten, weiß die Rechtsanwältin Özlem Erdem-Wulff. „Da es für eine Kündigung einer Schriftform bedarf, denken viele, dass auch der Arbeitsvertrag schriftlich geschlossen werden muss, damit er wirksam ist. Das ist ein Trugschluss, denn auch ein mündlicher Arbeitsvertrag ist ebenso wirksam." Allerdings sei der Arbeitgeber nach dem sogenannten Nachweisgesetz verpflichtet, den Inhalt des mündlichen Arbeitsvertrages spätestens drei Monate nach der mündlichen Vereinbarung schriftlich zu fixieren und hierbei folgende Punkte festzuhalten:

- Name und Anschrift der Vertragsparteien
- Dauer der Anstellung (befristete Verträge)
- Arbeitsort und Arbeitszeit
- Beschreibung der Tätigkeiten
- Höhe des Gehalts und Fälligkeit
- Regelungen zum Jahresurlaub
- Hinweis auf Anwendung von Tarifverträgen
- Datum und Unterschrift (Arbeitnehmer, Arbeitgeber)

„Der Arbeitnehmer sollte auf diese schriftliche Zusammenfassung bestehen", erklärt Erdem-Wulff. Denn für ihn stelle sich häufig ein Beweisproblem, dass der Arbeitsvertrag geschlossen und welcher Arbeitslohn vereinbart wurde. Auch für den Arbeitgeber ist die schriftliche Fixierung des Inhalts eines Arbeitsvertrages wichtig, damit die Rechte und vor allem Pflichten des Arbeitnehmers feststehen. Denn wird zum Beispiel ein Zeitvertrag mündlich geschlossen, ist zwar der Arbeitsvertrag als solcher wirksam, nicht aber die Befristungsvereinbarung. Das heißt, der Arbeitsvertrag gilt als unbefristeter Arbeitsvertrag.

Marion Klüger ist erleichtert. Nachdem sich die neue Kollegin eingearbeitet hat, hat die Praxischefin jetzt Zeit, den Arbeitsvertrag schriftlich aufzustellen und freut sich, eine so gute Kollegin mit im Team zu haben. *(ko/öz)*

*Name v.d. Red. geändert

kurz & knapp

Nachteile beim Elterngeld für selbständige Therapeuten in Teilzeit +++ Nachteile beim Elterngeld gibt es für selbständige Therapeuten, die nach der Geburt ihres Kindes in Teilzeit weiterarbeiten. Ihre freiwilligen Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung führen nicht zu einem höheren Elterngeld. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel kürzlich entschieden.

Im vorliegenden Fall scheiterte eine selbständige Rechtsanwältin aus Rheinland-Pfalz mit ihrer Klage auf höheres Elterngeld. Nach der Geburt ihres Kindes 2009 beantragte sie beim Land Elterngeld, arbeitete allerdings in ihrer Kanzlei in Teilzeit weiter und verdiente 1.600 Euro.

Grundlage des Elterngelds ist das monatliche Durchschnittseinkommen der letzten zwölf Monate vor der Geburt des Kindes, höchstens aber 2.700 Euro – was Elterngeld von höchstens 1.800 Euro bedeutet. Eltern mit geringem oder ohne Einkommen erhalten den Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro monatlich.

Im konkreten Fall waren dies 3.541 Euro monatlich. Das Land rechnete die Einkünfte aus der Teilzeitbeschäftigung auf das Elterngeld an und berücksichtigte nur die Werbungskosten von 100 Euro. So zahlte es nur 300 Euro aus. Ohne ihre Teilzeitarbeit hätte sie dagegen den Elterngeld-Höchstsatz von 1.800 Euro erhalten.

Die Klägerin wollte, dass zumindest die Beiträge für ihre freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung als einkommensmindernd berücksichtigt werden. Der 10. Senat des BSG stellte dagegen nun klar, dass nur Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung von den Einkünften abgezogen werden könnten (Az. B 10 EG 6/11 R). *(ks)*

Patienten für verpasste Termine zur Rechnung bitten

Keine Umsatzsteuer für Ausfallgebühr

Heilmittel-Therapie ist eindeutig von der Umsatzsteuer befreit. Bei Selbstzahlerleistungen gibt es solche und solche Leistungen – die Finanzämter sind gerade dabei, dafür eine allgemeine Umsatzsteuerpflicht durchzusetzen. Kein Wunder, dass es jetzt Praxisinhaber gibt, die sich fragen, ob denn auch die Berechnung von Ausfallgebühren umsatzsteuerpflichtig ist.

Ausfallgebühren werden Patienten immer dann in Rechnung gestellt, wenn sie einen vereinbarten Termin nicht oder nicht rechtzeitig absagen. Der § 615 BGB erlaubt diese Berechnung der „Vereinbarten Vergütung", wenn ein Patient trotz Terminvereinbarung nicht kommt. Nachdem die Finanzämter seit dem 1. Januar 2012 verstärkt nach umsatzsteuerpflichtigen Leistungen in Heilmittel-Praxen suchen, könnte man sich auch überlegen, wie das eigentlich mit den Ausfallgebühren und der Umsatzsteuer läuft.

Zwischen Praxis und Patienten besteht ein Behandlungsvertrag. Nimmt der Patient einen Termin nicht wahr, dann muss er trotzdem zahlen. Für diese Zahlung erhält er aber keine Gegenleistung. Bei der Zahlung handelt es sich um eine „Vertragsstrafe" für die Nichtinanspruchnahme eines bestellten Termins, die sogenannten echten Schadensersatz darstellt. Und echter Schadensersatz ist umsatzsteuerfrei. (siehe auch: UStAE gültig ab 1.1.2012)

Bei der Berechnung von Ausfallgebühren wird also entweder die „vereinbarte Vergütung" oder eine andere vereinbarte Ausfallgebühr berechnet und zwar in voller Höhe und ohne eine Umsatzsteuer auszuweisen. *(bu)*

400-Euro Grenze nicht ständig überschreiten

Mini-Jobs: Praxischefs haften bei Überschreitung

Praxisinhaber aufgepasst! Wer bei der Entlohnung von geringfügig Beschäftigten ständig die Grenze von 400 Euro monatlich überschreitet, haftet für die höheren Abgaben. Das hat das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz (LAG) kürzlich entschieden.

Im vorliegenden Fall war die Klägerin als geringfügig beschäftigte Produktionsmitarbeiterin mit schwankenden Arbeitszeiten tätig. Sie erhielt eine monatliche Vergütung von 399,98 Euro, die überschüssigen Arbeitsstunden wurden einem Arbeitszeitkonto gutgeschrieben. Von Mai bis Oktober 2010 sammelten sich dort rund 182 zusätzliche Stunden an.

Das Unternehmen meldete daraufhin rückwirkend ein Sozialversicherungsarbeitsverhältnis mit der Klägerin an und behielt Steuern und Abgaben in Höhe von 1382 Euro für Steuern und Sozialabgaben ein. Daraufhin erklärte die Mitarbeiterin erstmals, sie arbeite bereits auf Lohnsteuerkarte und reichte Klage ein.

Die nachträglich für den Anspruchszeitraum abgeführten Beträge stellten für die Klägerin einen „Vermögensschaden" dar, werteten die Richter. Allerdings sei der Anspruch gemäß § 254 BGB wegen Mitverschuldens um die Hälfte zu reduzieren. Nach Auffassung der Kammer habe die Klägerin von Mai bis Oktober 2010 es hingenommen, dass sie die monatliche Grenze von 400 Euro ständig überschritten habe (Az.: 6 Sa 608/11). *(ks)*

Werbeidee für die Praxis

Patientin behandelt – Wäsche gebügelt

Wer Außergewöhnliches leistet, sollte auch außergewöhnlich werben, um im Gespräch zu bleiben. So wie die Leipheimer Praxis von Birgit Breid, die mit einer pfiffigen Muttertagsaktion von sich reden machte: Eine Bügelfrau kümmert sich während einer Wohlfühlbehandlung um die Wäsche der Kundin.

Werbegags sind meistens das Ergebnis harter Arbeit. Doch die Idee für eine pfiffige Muttertagsaktion kam der Praxisinhaberin Birgit Breid vor einem Jahr quasi ins Haus geschneit – in Form einer Jungunternehmerin, die gerade ein Bügelstudio in Leipheim eröffnet hatte. „Wir haben darüber geflachst, wie toll es wäre, wenn die Frauen zu den Behandlungen ihre ungebügelte Wäsche mitbringen und professionell gebügelt wieder nach Hause tragen könnten“, erzählt die 42-jährige Physiotherapeutin und Heilpraktikerin. „Warum eigentlich nicht?“, war ihr nächster Gedanke.

Kontakt:
Physio-Praxis Birgit Breid
Physiotherapie und Massage
Kirchplatz 5
89340 Leipheim
Tel.: 08221-27288
und 08221-916779
Fax: 08221-916778
E-Mail: info@praxis-breid.de

Umsetzung war schnell gemacht

Die Umsetzung nahm nur wenig Zeit in Anspruch. Die Therapeutin schnürte sieben Muttertags-Wohlfühl-Pakete, die sechs Wochen lang in Form von Gutscheinen erworben werden konnten – von Mitte April bis Ende Mai 2012. Ohne Ausnahme Behandlungen für Selbstzahler, denen in der Praxis immer höhere Bedeutung zukommt. „Zehn bis 15 Prozent unserer Behandlungen gehen bereits auf private Rechnung“, informiert Breid. Der Kostendruck und auch die erstarkende Konkurrenz im ländlich geprägten Leipheim zwängen dazu.

Seit 2000 betreibt Birgit Breid ihre 220 Quadratmeter große Praxis in der 6.700-Seelen-Gemeinde an der Donau. Sie war die zweite Physiotherapeutin vor Ort und hatte auch aus dem Umland so viel Zulauf, dass sie schon bald weitere Therapeuten einstellte. Gleichbleibend hohe Qualität und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten kamen dem Unternehmen zugute. Heute kann sich Breid auf vier Mitarbeiter, darunter drei Physiotherapeuten und eine Masseurin sowie zwei Rezeptionistinnen stützen.

Werbeaktion nach außen kommunizieren

Doch darauf ausruhen kann sie sich nicht. Noch viel weniger, seit vor einem Jahr eine Praxis im benachbarten Bibertal eröffnete und ihr fast ein Drittel des Klientels abschöpfte. Qualität und Quantität reichen zum Erfolg nicht aus – sie müssen auch kommuniziert werden. Wie zum Beispiel durch die Muttertagsaktion. „Der finanzielle Aufwand ist gering“, betont Breid. Die größte Investition war das Online-Buchsystem, das ermöglicht, die Gutscheine im Internet zu kaufen. 350 Euro kostete sie der Webmasterdienst. Für 200 Flyer gab sie weitere 30 Euro aus.

Der Stundenlohn der Bügelfrau in Höhe von neun Euro ist im Preis der Wohlfühl-Pakete enthalten, wobei nur zwei der insgesamt sieben Pakete das Bügeln beinhalten: die Ganzkörpermassage sowie eine LaStone-Behandlung. Während der 80 beziehungsweise 90 Minuten kann die Bügelfrau einen guten Packen Wäsche bearbeiten. Für die zweiminütige Anfahrt oder das Aufbauen des Bügelbrettes in einem der acht Behandlungsräume stellt sie nichts in Rechnung. Einzige Voraussetzung ist, dass die Termine im Vorfeld festgelegt werden.

Bisher ist die Bügelfrau noch nicht zum Einsatz gekommen. Erstens, da nur rund 20 Gutscheine verkauft wurden, zweitens, da die Gutscheine Breids Erfahrung nach erst gegen Herbst eingelöst werden. Mit Einnahmen von rund 680 Euro lohnt sich die Muttertagsaktion finanziell kaum und ist kein Vergleich zu den ähnlich gestrickten Weihnachtsaktionen, bei denen die Praxis im Durchschnitt Gutscheine für 2.000 Euro an den Kunden bringt.

Doch lohnenswert war sie auf jeden Fall, ist Birgit Breid überzeugt. Sie zählt zehn neue Kundinnen, die das Angebot der Praxis kennenlernen und ihre Erfahrungen möglicherweise weitergeben. Daneben sorgte die außergewöhnliche Idee für eine kostenlose, halbseitige Werbung im Leipheimer Stadtmagazin und eine ebenso kostenfreie Notiz in der Tageszeitung. „Man spricht über uns“, freut sich Birgit Breid, „und das ist der größte Gewinn.“ *(ske)*

Checkliste:
Sommerferien rechtzeitig vorbereiten!

So wie für manche Menschen Weihnachten vollkommen überraschend am 24. Dezember beginnt, so unerwartet fangen die Sommerferien in mancher Praxis an. Dabei lassen sich einige Punkte, wie z.B. Fristenprobleme, Sommerlöcher oder kurzfristige Absagen wg. Sonnenschein oder Fußball mit ein wenig Vorbereitung deutlich reduzieren. Wir haben Ihnen dafür eine Sommerferien Checkliste vorbereitet.

1. Fristenprobleme vermeiden

- ☐ **Hinweisschild auf Fristen der GKV aushängen: Max. Behandlungsintervall 14 Kalendertage!**
- ☐ **Therapeuten begründen Behandlungsintervalle ausdrücklich medizinisch**
- ☐ **Therapeuten erfragen aktiv Urlaubszeiten der Patienten und aktualisieren die Terminplanung**
- ☐ **Ausnahmeregelungen bei Fristüberschreitungen klären. Dazu Rahmenverträge lesen:**
  - Je Kassenart (RVO, VdeK, sonstige) Achtung: Unterschiede je Kassenart!
  - Kürzel für Ausnahmeregelung identifizieren (siehe *up*-Abrechnungstipp 5/2012)
  - Evtl. maximale Überschreitungsdauer klären
  - Evtl. Anzahl möglicher Überschreitungen klären

2. Ausfälle kreativ vermeiden

- ☐ **Mit den Therapeuten „Sommer-Flexibilität“ vereinbaren: Flexible Anfangs- und Endzeiten mindestens während der Sommerferien**
- ☐ **Ausfallgebühren klar und deutlich kommunizieren: Gilt auch an Sommertagen!**
- ☐ **Es gibt kein Hitzefrei bei der Heilmitteltherapie**
- ☐ **Aber bei Temperaturen über XX Grad Celsius gibt es für alle Patienten ein kleines Eis bei pünktlichem Erscheinen!**
- ☐ **Eiswasser bereitstellen etc.**
- ☐ **Für Fußballfans (Europameisterschaft):**
  - Keine Terminvereinbarungen für den Zeitraum der Fußballspiele oder
  - In der Praxis steht ein Fernseher, damit niemand etwas verpasst

3. Sommerloch vermeiden

- ☐ **Spezielle Sommer-Kursangebote vorbereiten: Innerhalb der Sommerferien können Patienten einen bestimmten Kurs vollständig absolvieren, z.B.:**
  - Hippotherapie-Wochen (PT, ET)
  - Sing-Wochen (Logo)
  - Sprechpause (Logo)
- ☐ **Kooperationspartner suchen: Golfplätze, Sportvereine, Schwimmbäder, Reitverein, Jugendamt (Ferienpassaktion), Tierheime, Hotels, Tourist-Information etc.**
- ☐ **Intensive-Therapie-Wochen**
- ☐ **Kaufbereitschaft der Daheimgebliebenen nutzen:**
  - Wer in den Ferien zuhause bleibt, gönnt sich dafür was
  - In den Ferien hat auch die Krankenkasse Pause – Patienten sind eher bereit selbst zu zahlen

4. Urlaube abstimmen

- ☐ **Ferientermine der zuweisenden Ärzte erfragen**
- ☐ **Einfluss auf die Nachfrage nach Therapie abschätzen**
- ☐ **Eigenen Mitarbeiterstamm auf die Urlaubsplanung der Ärzte abstimmen**
- ☐ **Loslassen üben: Sommerferien sind perfekt dazu geeignet, die Praxis vollständig in die Verantwortung der Mitarbeiter zu übergeben.**

Kunden werben Kunden...

up-premium

☐ 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.

☐ Prämie 1:
Neoprene Messenger Bag

Die Kuriertasche von BUILT aus New York. Verstauen Sie Ihr Laptop stylisch, kompakt und sicher. Außenmaße: B 52,5 x H 32,5 x T 5,1 cm

☐ Prämie 2:
Sky Regenschirm

Dieser Regenschirm erfreut Sie mit dauerhaft freundlichem Wetter. Jederzeit – egal wo.

☐ Prämie 3:
360°-Segeltuchrucksack

Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

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

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

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

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

Werten Sie Ihr Abo auf! ✓

up-premium plus

- ✔ **Print- und E-Mail-Newsletter „unternehmen praxis“**
- ✔ **Fragen stellen per E-Mail, am Telefon, per Fax oder auf praxisfragen.de**
- ✔ **Voller Zugriff auf alle Downloadartikel, Musterschreiben und Kalkulationstools**
- ✔ **Beratung zur Anwendung der Heilmittel-Richtlinie, des Heilmittel-Kataloges und der gültigen Rahmenverträge**
- ✔ **Beratung bei Widerspruchsverfahren gegen Krankenkassen bei unrechtmäßiger Rechnungskürzung**
- ✔ **Betriebswirtschaftliche Beratung am Telefon**
- ✔ **Beratung bei der Prüfung von Heilmittelverordnungen**
- ✔ **Monatlicher Seminarscheck für buchner-Präsenzseminare in Höhe von 40 Euro**

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

Ich möchte **„up-premium plus“** ab dem kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro (inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten) abonnieren. Der Preis wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr und muss drei Monate vor Ablauf gekündigt werden.

KONTAKTIEREN SIE MICH BITTE:

Vorname, Name ..... Telefon .....

Straße, Haus-Nr. ..... PLZ, Ort .....