# unternehmen praxis



Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

#### Bundesfinanzministerium macht es amtlich:

## Bei Behandlung ohne Verordnung wird Umsatzsteuer fällig

Rückwirkend zum 1.1.2012 sind Leistungen, die nicht aufgrund einer ärztlichen Verordnung erbracht werden, umsatzsteuerpflichtig. Das hat das Bundesministerium der Finanzen jetzt in einem Schreiben an die obersten Finanzbehörden der Länder mitgeteilt. Damit wird die von einigen Finanzämtern bereits seit Januar 2012 verfolgte Linie jetzt bundesweit einheitlich umgesetzt.

Schon Anfang dieses Jahres vertraten einige oberste Finanzbehörden die Meinung, dass Heilmittel-Therapie ohne ausdrückliche ärztliche Verordnung grundsätzlich der Umsatzsteuerpflicht unterliege (wir berichteten im Januar 2012). Diese Diskussion ist jetzt insoweit beendet, als dass das Bundesministerium der Finanzen (BMF) in einem Schreiben vom 19.6.2012 an die obersten Finanzbehörden der Länder das Thema "Umsatzsteuerliche Behandlung der Leistungen von Heilpraktikern und Gesundheitsfachberufen" verbindlich geregelt hat.

Der Brief des BMF ist klar und deutlich: "Für Leistungen aus der Tätigkeit von Gesundheitsfachberufen kommt die [Umsatz-] Steuerbefreiung grundsätzlich nur in Betracht, wenn sie aufgrund ärztlicher Verordnung bzw. einer Verordnung eines Heilpraktikers oder im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden." Behandlungen durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen im Anschluss/Nachgang einer Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers seien grundsätzlich nicht als steuerfreie Heilbehandlung anzusehen, sofern für diese Anschlussbehandlungen keine neue Verordnung vorliege, heißt es weiter. Diese Formulierung lässt keinen Interpretationsspielraum zu: Heilmittel ohne ausdrückliche Verordnung un-



Heilmittel-Therapien ohne ausdrückliche ärztliche Verordnung unterliegen jetzt grundsätzlich der Umsatzsteuerpflicht.

terliegen jetzt definitiv der Umsatzsteuerpflicht. Einzige Ausnahme: Der Freibetrag in Höhe von 17.500 Euro mit solchen Leistungen wird nicht überschritten.

Das BMF legt dabei genau fest, was es unter einer ärztlichen Verordnung versteht: "Als ärztliche Verordnung gilt im Allgemeinen sowohl das Kassenrezept als auch das Privatrezept; bei Rezepten von Heilpraktikern handelt es sich durchweg um Privatrezepte. Eine Behandlungsempfehlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker, z.B. bei Antritt des Aufenthalts in einem "Kur"-Hotel, gilt nicht als für die Steuerbefreiung ausreichende Verordnung".

Für up-premium plus Kunden:

Musterschreiben wegen zwei Erstverordnungen

10

12

13

3

18

#### Aktuell

GKV-HIS-Daten mit zehnwöchiger Verspätung erschienen

Umsatz gestiegen – Honorare im Keller

G-BA setzt Auftrag des Gesetzgebers nicht um

Krankenkassen und KVB paktieren gegen die Patienten

Höhenflug der Heilmittel-Umsätze setzt sich fort

6,7 Prozent mehr im 1. Quartal

#### Schwerpunkt

Ersatzkassen prüfen Fortbildungspunkte **60 Punkte für alle Fälle** 

Konzepte

Motivationsfaktor Slacklining **Therapie auf dem Seil**16

#### **Abrechnung**

Der Abrechnungstipp **Indikationsschlüssel** 

#### Tipps

AOK Niedersachsen verzichtet auf Rechnungskürzung "Neuer Arzt = Neuer Regelfall" ist rechtens 20

@

Passwort für **www.up-aktuell.de: sommer** 



#### Kommentar

#### Gier vor Gesundheit

Das Sozialgesetzbuch V fordert ausdrücklich eine Eigenbeteiligung der Patienten an ihrer Behandlung – durchaus auch in Form von Selbstzahlerleistungen. Das ist in Ordnung und viele Patienten zahlen ihre Therapie ohne ärztliche Verordnung komplett aus eigener Tasche.

Nun sollen aber gerade diejenigen, die eigenverantwortlich und aktiv etwas für ihre Gesundheit tun und damit auf lange Sicht die Gesellschaft entlasten, zusätzlich einen kräftigen Obolus direkt in den schwarzen Schlund der Staatskasse werfen. Sprich: die Therapie wird durch die Umsatzsteuer deutlich teurer! Ob das im Sinne des Bundesgesundheitsministers ist, der beständig mehr Eigenverantwortung der Bevölkerung in Sachen Gesundheit fordert?

Nun wird er in Zukunft noch mehr predigen müssen, denn die Patienten werden dank der Umsatzsteuer wieder vermehrt zum Arzt gehen und sich auf GKV-Kosten behandeln lassen. Naja, für die Beamten ist das irgendwie wurscht, die Taler bleiben ja in der Familie, schließlich wird das Bundesgesundheitsministerium mit Steuergeldern subventioniert. Linke Tasche rein – rechte Tasche wieder raus!

Bleibt der Verdacht, dass das Bundesfinanzministerium die weitreichenden Folgen beim Gedanken an die vielen klingenden Umsatzsteuer-Taler schlichtweg übersehen hat. Ausbaden muss es wieder einmal der Patient.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner Herausgeber

#### >>> Fortsetzung Seite 1

Auch Osteopathen werden wenig Freude an den neuen Bestimmungen des BMF haben, denn ebenso wie manche Krankenkassen die Erstattung von osteopathischen Leistungen von einer ärztlichen Verordnung abhängig machen, gilt ab sofort diese Einschränkung auch bei der umsatzsteuerlichen Betrachtung der Osteopathie: "Medizinisch indizierte osteopathische Leistungen stellen Heilbehandlungen i.S.d. § 4 Nr. 14 Buchstabe a UStG dar, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker mit einer entsprechenden Zusatzausbildung erbracht werden. Auch Physiotherapeuten oder Masseure bzw. medizinische Bademeister mit entsprechender Zusatzausbildung können umsatzsteuerfreie osteopathische Leistungen erbringen, sofern eine ärztliche Verordnung bzw. eine Verordnung eines Heilpraktikers vorliegt."

Die Grundsätze des BMF-Schreibens sind auf alle noch offenen Veranlagungszeiträume anzuwenden. Das bedeutet, dass die Regelung auch für schon bereits vergangene Zeiträume gilt. Allerdings hat das BMF festgelegt, dass es für vor dem 1. Januar 2012 ausgeführte Umsätze nicht beanstandet wird, wenn Leistungen von Physiotherapeuten, die im Anschluss an eine ärztliche Verordnung ohne neue Verordnung erbracht wurden, als steuerfrei behandelt werden. Der ausdrückliche Hinweis auf Physiotherapeuten sollte Ergotherapeuten und Logopäden nicht in falscher Sicherheit wiegen. Die Finanzbehörden werden die Regelungen selbstverständlich auf alle Heilmittelbereiche ausdehnen.

Konkret: Alle wichtigen Informationen zum Thema Umsatzsteuer lesen Sie in unserer Ausgabe von Januar 2012.

Impressum



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

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:

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

Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Christian Beneker (ben), Silke Keil (ske); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: goodluz (1), contrastwerkstatt (6), P. Saloutos (14), babimu (15), W. Heiber (20); vdek (5), G-BA/G.J. Lopata (12), Physiotherapie M. u. S. Schmid (16/17), Privat (21), A. Nichtl (22)

#### Ersatzkassen prüfen Fortbildungspunkte

### 60 Punkte für alle Fälle

Der Ersatzkassenverband (vdek) überprüft derzeit stichprobenartig bei Physiotherapeuten die Umsetzung der Fortbildungspflicht. Der Hintergrund: zum 31. Dezember 2011 endete erstmalig der Zeitraum, in dem Praxischefs 60 Fortbildungspunkte erbracht haben müssen. Auch bei den Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen ist es bald soweit. Für alle, die wissen wollen, ob und was sie jetzt etwas tun müssen, haben wir die wichtigsten Informationen zusammengetragen.

"Ach Herrjee", entfährt es Martina Meier\* als sie den Brief von dem Verband der Ersatzkassen liest, in dem sie aufgefordert wird, 60 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Bei den Worten "Nachweis" und "Fortbildungspunkte" geht sie schnell im Kopf ihre Fortbildungen der letzten Jahre durch und atmet erleichtert auf. "Ein Bobath-Kurs, eine Hot-Stone-Fortbildung, Praxismanagement... naja, die 60 Punkte sollte ich doch locker geschafft haben... oder doch nicht? Für welche Fortbildungen werden denn eigentlich Punkte anerkannt? Was passiert denn, wenn ich doch nicht genügend Punkte habe?". Fragen, mit denen die Praxischefin nicht alleine da steht. Denn derzeit bekommen viele Praxisbesitzer und fachliche Leiter einer Einrichtung Post vom vdek. Sie sollen nachweisen, dass sie in den vergangenen vier Jahren mindestens 60 Fortbildungspunkte gesammelt haben. Doch nicht alle Praxischefs werden angeschrieben. Wer keine Post im Briefkasten hat, muss auch keinen Nachweis erbringen.

#### Fortbildungen messbar machen

Die Fortbildungspflicht geht auf das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) zurück. Bis dato sahen die Rahmenverträge lediglich eine allgemeine, inhaltlich nicht näher definierte Fortbildungspflicht vor. Es blieb dem Therapeut selbst überlassen, ob und in welchem Umfang er dieser nachkam. Laut Gesetz sollten Krankenkassen und Heilmittelverbände ein Fortbildungskonzept vereinbaren, in dem Qualität und Quantität der Fortbildung festgelegt sind. Gesagt und erst zwei Jahre später getan: 2006 traten die Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGBV in Kraft, die in der Anlage 4 die Details der Fortbildungspflicht regeln. Hier wurde festgelegt, dass Praxischefs und fachliche Leiter innerhalb von einem Betrachtungszeitraum von vier Jahren 60 Fortbildungspunkte nachweisen müssen. Mitarbeiter sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Der erste Betrachtungszeitraum sollte ursprünglich am 1. Januar 2007 beginnen. Doch durch die Dauer der Verhandlungen konnte dieser Termin nicht eingehalten werden, so dass nun andere Starttermine gelten. Der vdek vereinbarte zum Beispiel mit den Physiotherapie-Verbänden einen abweichenden Beginn zum

1. Januar 2008, mit den Verbänden der Ergotherapeuten zum 1. Oktober 2008, mit den Logopädie-Verbänden zum 1. August 2009 und mit den Verbänden der Podologen zum 1. August 2010. Dabei kann es zu landesspezifischen Unterschieden kommen, die in den jeweiligen Rahmenverträgen nachzulesen sind. Welche Zeiträume genau gelten, lesen Sie auf Seite 9.

#### Viele Fragen sind offen

Trotz Regelung in den Rahmenverträgen sind bis heute viele Fragen offen geblieben, die Verbände und Krankenkassen in den vier Jahren nicht geklärt haben. Für welche Fortbildungen werden Punkte vergeben und für welche nicht? Eine grobe Richtung geben zwar die Rahmenempfehlungen vor, die zum Beispiel Fortbildungen zu Praxismanagement und Organisation ausschließen (vgl. Seite 6/7). Aber zum Beispiel beim Thema Prävention scheiden sich dann die Geister. Eine weitere offene Frage ist, was passiert, wenn die Kassen Fortbildungspunkte nicht anerkennen und ein Therapeut dadurch nicht die vollen 60 Punkte erreicht? Hier möchte man erst einmal abwarten. Sollte sich herausstellen, dass viele Praxen die 60 Punkte nicht nachweisen können, wünscht sich der ZVK eine gesonderte Prüfvereinbarung.

#### Inhalt

## Thema: Fortbildungspunkte

► Ersatzkassen prüfen Fortbildungspunkte

3

4

- ► Interview: "Wir sind an Lösungen interessiert!"
- ► Fragen zur Fortbildungspflicht –
- und die passenden Antworten! 6

  ► Therapeuten tragen die Konsequenzen 9

Durch die unentschlossene Haltung der Verbände und Kassen, bleibt die Verantwortung allein beim Therapeuten hängen, denn er muss die Konsequenzen der fehlenden Regelungen tragen. Trotzdem sollte sich kein Therapeut wirklich Sorgen machen. In der Regel machen die meisten Therapeuten eher mehr als weniger Fortbildungen. Für die Anerkennung muss nur nachgewiesen werden, dass die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist und die Therapie positiv beeinflusst (siehe Interview Seite 4). Das kann in der Regel jeder Therapeut nachweisen. Werden Punkte dennoch nicht anerkannt, kann man dagegen Einspruch einlegen. (ko/ske)

\*Name v.d.Red. geändert

#### **Interview mit Referatsleiter Sonstige Vertragspartner** beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) René Klinke

## "Wir sind an Lösungen interessiert!"

"Wir wissen, dass die

Fortbildungsbereitschaft der

Physiotherapeuten sehr hoch ist."

Wie wird die neue Fortbildungspflicht umgesetzt? Und wo herrscht Diskussionsbedarf? Diese und mehr Fragen möchte der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit seinen Stichproben bei Physiotherapeuten klären. René Klinke, Referatsleiter Sonstige Vertragspartner beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) nimmt Therapeuten im Gespräch mit Silke Keil die Angst vor Sanktionen.

? Herr Klinke, wie ist die derzeit gängige Prüfpraxis?

Wir werden stichprobenartig zugelassene Praxisbesitzer und fachliche Leiter im Heilmittelbereich der Physiotherapeuten, Masseure und medizinischen Bademeister überprüfen, da ihr erster Betrachtungszeitraum zum Jahresende abgelaufen ist. Unsere Landesvertretungen sind aufgefordert, die Therapeuten anzuschreiben.

? ...wie viele Therapeuten wurden denn bereits angeschrieben?

Es liegt im Ermessen der Landesvertretungen, wie viele und welche Therapeuten überprüft werden. Einige Anfragen sind bereits versendet, ein weiterer Teil wird nach der Sommerpause abgeschickt. Wir werden jedoch nicht einmal die Hälfte aller Therapeuten überprüfen, die den

ersten Betrachtungszeitraum abgeschlossen haben und damit infrage kommen. Es geht uns vorerst darum, zu erfahren, wie die Fortbildungspflicht im Allgemeinen umgesetzt wird.

? Und? Was glauben Sie?

Wir wissen, dass die Fortbildungsbereitschaft der Physiotherapeuten sehr hoch ist. Stellt sich jedoch tatsächlich heraus, dass zahlreiche Praxen im Be-

trachtungszeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2011 die erforderlichen 60 Punkte nicht angesammelt haben, werden wir möglicherweise noch eine zweite Prüfphase anschließen. Noch fehlen uns für solche Entscheidungen jedoch die Rückläufe.

? Werden im Rahmen dieser Prüfphase auch angestellte und freie Mitarbeiter kontrolliert?

Bisher gibt es die enge Auslegung der Fortbildungsverpflichtung nur für vom Gesetzgeber zugelassene Praxisinhaber und fachliche Leiter, nicht jedoch für Mitarbeiter. Es ist also auch nicht unsere Aufgabe, die Fortbildungsbereitschaft der Mitarbeiter zu überprüfen. Eine Ausnahme besteht bei den Podologen. Hier haben wir uns vertraglich geeinigt, dass auch die angestellten und freien Mitarbeiter in die Fortbildungsverpflichtung mit einbezogen werden. Der erste Betrachtungszeitraum der Podologen endet am 1.8.2014.

? Wie viel Zeit haben die Therapeuten, um den Nachweis zu erbringen?

Die Therapeuten haben rund vier bis acht Wochen Zeit, um zu antworten. Erwartet wird der Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung in

> Form von Zertifikaten oder Teilnahmebescheinigungen mit der Angabe der Übungseinheiten und Fortbildungspunkte. Die Nachweise müssen nicht per Post, sondern können auch per E-Mail oder Fax eingereicht

tionskennzeichen (IK) geschehen. Ein Anschreiben ist nicht erforderlich. Es wäre uns jedoch eine Erleichterung, wenn die Nachweise gebündelt eingereicht würden.

werden, wenn sie der Person klar zuzuordnen sind. Das kann auch über ein Institu? Nehmen wir mal an, ein Therapeut kann die 60 Punkte nicht nachweisen. Was passiert dann?

Das werden wir von Fall zu Fall entscheiden. Die Landesvertretungen können dem Therapeuten eine Nachfrist von zwölf Monaten setzen, in der die Fortbildungen nachgeholt werden müssen. Mit Beginn dieser Frist dürfen die Ersatzkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 Prozent des Rechnungsbetrags kürzen. Nach einem halben Jahr erhöht sich diese pauschale Kürzung auf 15 Prozent. Die Kürzungen sehen wir jedoch als letztes Mittel. Versichert uns der Therapeut, dass er die Fortbildungen zeitnah nachholt, werden wir ihm gegenüber auch kulant sein.

? Wann beginnt die Frist – nach Ende des Betrachtungszeitraums oder nach Prüfung durch die Ersatzkassen?

Die Landesvertretungen setzen die Frist ab dem Zeitpunkt ihres Schreibens, also nicht nachträglich zum Ablauf des Betrachtungszeitraums. Der Therapeut muss sich jedoch im Klaren sein, dass der zweite Betrachtungszeitraum bereits läuft und er daher weniger Zeit hat, in diesem seine 60 Punkte zu sammeln.

? Können überzählige Fortbildungspunkte auf den nächsten Betrachtungszeitraum übernommen werden?

Nein. In jedem Betrachtungszeitraum müssen mindestens 60 Punkte, beziehungsweise 48 bei den Podologen, erreicht werden. Möglich ist jedoch, eine Fortbildung, die zwei Betrachtungszeiträume überlappt, auf den späteren anzurechnen.

"Unsere Erfahrungen machen uns zuversichtlich, dass die Therapeuten überwiegend durch eindeutig anerkennungsfähige Fortbildungen ihre 60 Punkte erreichen."

? Der Deutsche Verband der Physiotherapeuten (ZVK) vermisst eine Prüfvereinbarung. Es sei im Detail oft unklar, welche Fortbildungen bepunktet werden und welche nicht.

Für die Anerkennung entscheidend ist die Frage, ob die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist und die Therapie positiv beeinflusst. Wir haben daher auch kein Problem mit der Forderung des ZVK, Bestandteile der Prävention anzurechnen. In welcher Form dies geschehen soll, ist jedoch noch nicht vereinbart. Auch wir sind an einer Lösung interessiert.

? Werden Fortbildungen zur Qualitätssicherung anerkannt?

Hier gilt die gleiche Regel: Fortbildungen, die der Qualität der Heilmitteltherapie dienen, sind anerkennungsfähig. Fortbildungen, die der Qualität der



René Klinke ist Referatsleiter Sonstige Vertragspartner beim Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Praxisabläufe dienen, wie Praxisorganisation oder ISO-Zertifizierung, zählen nicht dazu. In den Verhandlungen mit den Heilmittelverbänden haben wir uns bewusst auf die Betrachtung der Heilmitteltherapie beschränkt. Qualitätsmanagement mag für die Praxis wirtschaftlich zwar nützlich sein, doch wir können kein unternehmerisches Handeln vorschreiben.

? Wie kann der Therapeut sicher gehen, dass die Punktzahl auf seinem Fortbildungsnachweis stimmt?

Das kann er nicht, denn es gibt keine Zertifizierungsstelle für Fortbildungen. Wer unsicher ist, ob eine Fortbildung berechtigterweise Punkte trägt oder

> nicht, kann sich an seinen Verband wenden. Als kleiner Anhaltspunkt dient auch unsere Liste der geprüften Fachlehrer und Fortbildungseinrichtungen.

? Was passiert, wenn der Therapeut Punkte gesammelt hat, die von der Kasse nicht anerkannt werden?

Hier gilt: Im Zweifel für den Therapeuten. Doch unsere bisherigen Erfahrungen machen uns zuversichtlich, dass die Therapeuten überwiegend durch eindeutig anerkennungsfähige Fortbildungen ihre 60 Punkte erreichen.

? Kann der Therapeut den Kursanbieter in Regress nehmen, wenn er die versprochenen Punkte wieder verliert und dadurch Nachteile erleidet?

Wenn sich der Therapeut im guten Glauben auf die Punkte verlassen hat und wir sie ihm wieder abnehmen, kann der Fortbilder rein theoretisch regresspflichtig werden. Dies ist jedoch nicht im Rahmenvertrag geregelt. Der Therapeut muss hier das Vertragsverhältnis zwischen ihm und dem Fortbilder abklären. Soviel ich weiß, sehen die meisten Fortbilder mittlerweile von einer Garantie ab.

? Vielen Dank für das Gespräch.

#### Das ist in den Verträgen vereinbart:

## Fragen zur Fortbildungspflicht – und die passenden Antworten!



Es gibt viele Fragen zum Thema Fortbildungspflicht. Wir haben die wichtigsten für Sie beantwortet. Sie erhalten die wichtigsten Informationen kurz und knapp auf einen Blick und bekommen die Originalquellen.

#### ? Was ist die Fortbildungspflicht?

Die Fortbildungspflicht ist der Versuch des Gesetzgebers, Fortbildungen in Heilmittel-Praxen messbar zu machen. Dazu wurde in den Rahmenempfehlungen festgelegt, dass eine bestimmte Anzahl an Fortbildungspunkten innerhalb eines festgelegten Zeitraums nachgewiesen werden muss.

"Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt." (Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGBV)

#### ? Für wen gilt die Fortbildungspflicht?

Die in den Rahmenempfehlungen festgeschriebene Fortbildungspflicht gilt innerhalb einer Praxis immer für die Person, an die die Zulassung gebunden ist. Das ist in der Regel der Praxisinhaber oder der fachliche leiter

"Die Fortbildungspflicht richtet sich an den Zugelassenen/fachlichen Leiter (nachfolgend Zugelassener genannt)." (Ziffer 2, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGBV)

Die (mit Punkten bewertete) Fortbildungspflicht gilt derzeit nicht für angestellte Therapeuten einer Praxis. Verbände und Kassen haben sich bei diesem Punkt noch nicht auf eine gemeinsame Sicht der Rechtslage geeinigt.

#### ? Was ist ein Fortbildungspunkt?

Ein Fortbildungspunkt entspricht einer Fortbildungsdauer von 45 Minuten zu einem Thema, das gemäß der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen als "punktfähiges" Thema festgeschrieben ist.

"Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min." (Ziffer 3, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

#### ? Was versteht man unter dem Betrachtungszeitraum?

Der Betrachtungszeitraum ist die in den Rahmenempfehlungen festgelegte Zeit, innerhalb der die vorgeschriebenen Fortbildungspunkte erbracht werden müssen. Dieser beträgt vier Jahre. Welche Zeiträume für die einzelnen Berufsgruppen gelten, lesen Sie in der Box auf Seite 9.

#### ? Wie viele Fortbildungspunkte brauche ich?

Sie benötigen innerhalb des Betrachtungszeitraums von vier Jahren mindestens 60 FP (Fortbildungspunkte). Es ist zwar erwünscht, dass Sie pro Jahr 15 Punkte nachweisen, das ist allerdings keine zwingend einzuhaltende Pflicht. Es ist also auch möglich die 60 Punkte innerhalb kurzer Zeit zu erarbeiten. Pro Kalendertag dürfen jedoch maximal 10 Fortbildungspunkte erworben werden.

"Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum ist nicht möglich." (Ziffer 3, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

#### ? Wie weise ich die Fortbildungspunkte nach?

Der Nachweis von Fortbildungspunkten erfolgt durch Vorlage von entsprechenden Teilnahmebescheinigungen. Diese Teilnahmebescheinigungen müssen die Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE) sowie die Anzahl der Fortbildungspunkte (FP) ausweisen, die in der Regel vom Veranstalter ausgestellt werden. Wird man von den Krankenkassen angeschrieben und zum Nachweis der Fortbildungspunkte aufgefordert, schickt man die Kopien der Teilnahmebescheinigungen an die anfordernde Kasse. Werden Sie nicht angeschrieben, besteht auch kein Handlungsbedarf. Sie müssen nicht von sich aus tätig werden.

"Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter." (Ziffer 8, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

"Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle. (Ziffer 11, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

#### ? Wie lange gelten Fortbildungspunkte?

Fortbildungspunkte gelten immer für den jeweiligen Betrachtungszeitraum und können nicht auf den folgenden Betrachtungszeitraum übertragen werden.

"Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen / fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 1. Januar 2007 für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätigen fachlichen Leiter... Bei erstmaliger Zulassung... beginnt der Betrachtungszeitraum mit... dem Beginn der Tätigkeit" (Ziffer 4, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

"Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum ist nicht möglich." (Ziffer 3, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

## ? Was mache ich bei längerer Berufsunterbrechung, wie zum Beispiel Schwangerschaft?

Wer schwanger ist, in Elternzeit gehen will oder seine Zulassung aus anderen Gründen über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten ruhen lässt, kann den Betrachtungszeitraum für sich verlängern. Dazu muss ein entsprechender Antrag bei einem Landesverband der Krankenkasse gestellt werden.

"Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den zulassenden Stellen bei Mutterschutz und Elternzeit sowie bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen. Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum." (Ziffer 4, Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

## ? Warum brauchen meine Mitarbeiter keine Fortbildungspunkte?

Ob auch Mitarbeiter Fortbildungspunkte benötigen oder nicht, ist eines der strittigen Themen zwischen Verbänden und Kassen, das bis heute nicht geklärt wurde. Grundsätzlich gilt die Vereinbarung der Rahmenempfehlung, nach der Mitarbeiter sich alle zwei Jahre extern fortbilden müssen. Die Fachfortbildungen müssen dieselben Kriterien erfüllen, die auch für die bepunkteten Fortbildungen gelten. Nur gibt es eben keine Pflicht, eine bestimmte Anzahl von Fortbildungen nachweisen zu müssen.

"Die Berufsverbände sehen keine gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung der Fortbildungsverpflichtung auch für therapeutische Mitarbeiter. Die Empfehlungspartner sind aus fachlicher Sicht einig, dass eine Fortbildungsverpflichtung der therapeutischen Mitarbeiter gemäß dem Fortbildungskonzept für die Qualitätssicherung sinnvoll ist. Nach einer gesetzlichen Klarstellung werden hierzu unverzüglich Vertragsverhandlungen auf der Basis dieses Konzeptes aufgenommen." (Protokollnotiz zur Anlage 4, zu den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

"Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen." (§ 12, Abs. 3, Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGBV)

#### ? Welche Fortbildungspunkte werden anerkannt?

Die grundsätzlichen Anforderungen an Fortbildungen, für die Punkte vergeben werden können, sind in Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGBV festgelegt:

- Als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen (Ziffer 5): Legt die Veranstaltungsformate fest, für die FP vergeben werden können, z.B. Kongresse, Seminare, Kurse, Vorträge, Studium etc.
- Qualitätsmerkmale für Dozenten (Ziffer 7.1): Anforderungen an die Qualifikation des Dozenten, z.B. Heilmittel-Erbringer mit 2-jähriger Berufserfahrung.

#### >>> Fortsetzung Seite 7

Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte (Ziffer 7.2): Legt fest, welche Inhalte die Fortbildung haben soll und wie diese Inhalte dokumentiert werden müssen, z.B. durch eine Literaturliste, eigene Erfahrungen im Fachbereich, etc.

Im Prinzip müsste man sich vom Fortbildungsveranstalter garantieren lassen, dass die oben genannten Punkte entsprechend erfüllt sind. Es gibt Veranstalter, die in ihren AGBs ausdrücklich eine Garantie dieser Art ausschließen.

#### ? Warum gibt es bei manchen Fortbildungen keine Punkte?

Bestimmte Fortbildungen gelten nicht als fortbildungsrelevant und können daher nicht mit Punkten bewertet werden. Dazu gehören insbesondere Fortbildungen, die mit Organisation bzw. Praxismanagement zu tun haben, praxisinterne Fortbildungen, Messen, Ausstellungen, Fortbildungen zu Abrechnungsfragen etc. Außerdem gelten alle Fortbildungen zu Methoden als nicht "anerkennungsfähig", die nicht von den Krankenkassen bezahlt werden.

Siehe dazu auch: "Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen" (Ziffer 6, Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGBV)

### ? Können mir Fortbildungspunkte aberkannt werden?

Nein, Fortbildungspunkte können nicht aberkannt werden. Allerdings können die Kassen Fortbildungspunkte nicht anerkennen. Diese Entscheidung müssen sie aber hinreichend begründen. Der Fortbildungspflichtige wird zudem dagegen Einspruch einlegen können.

#### ? Muss ich von mir aus hinsichtlich der Fortbildungspflicht tätig werden?

Sie müssen nur dafür sorgen, dass Sie innerhalb des Betrachtungszeitraums genügend Fortbildungen besuchen, die Fortbildungspunkte bringen und den Nachweis über die Teilnahme mit UE und FP dokumentieren. Dann können Sie entspannt die Aktivitäten der Krankenkassen abwarten. Sie müssen den Nachweis nur auf Anforderung erbringen.

"Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle." (Ziffer 11, Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V)

## ? Wie reagiere ich, wenn mich eine Krankenkasse zum Thema Fortbildungspflicht anschreibt?

Ruhig bleiben, Kopien der Teilnahmebestätigungen erstellen und an die Krankenkasse schicken. Notieren, wann Sie was an wen geschickt haben.

## ? Was mache ich, wenn ich nicht genug Fortbildungspunkte habe?

Schnell die Fortbildungspunkte nachholen. Schreibt die Krankenkasse Sie an und Ihnen fehlen noch Fortbildungspunkte, dann ist es vermutlich sinnvoll, wenn Sie darlegen, wie Sie innerhalb kurzer Zeit die noch fehlenden Punkte zusammenbekommen werden. Dazu könnte man zum Beispiel eine Bestätigung des Fortbildungszentrums über eine erfolgte Anmeldung zur Fortbildung beilegen.

"Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die in §12 i. V. mit Anlage 4 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen." (Protokollnotiz zur Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gem. §125 SGB V)

### ? Was mache ich, wenn Teilnahmebestätigungen verloren gegangen sind?

Schreiben Sie den Fortbildungsveranstalter an und bitten Sie um eine erneute Zusendung der Teilnahmebestätigung. Die Fortbildungsveranstalter sind verpflichtet, die entsprechenden Unterlagen aufzubewahren und dürften daher ohne Probleme so eine Serviceleistung erbringen können.

### ? Welche Konsequenzen hat es, wenn ich nicht genug Fortbildungspunkte nachweisen kann?

Wenn Sie der Fortbildungsverpflichtung trotz Nachfrage der Kassen nicht umgehend nachgekommen sind, kann (nicht muss!) die Krankenkasse die Vergütung kürzen. Die konkrete Höhe der Kürzung hängt von den Umständen ab und ist in den jeweiligen Rahmenverträgen für ihr Bundesland geregelt.

"Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 1.1.2007 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die vorgenannten Verbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

Vom Beginn der Frist an können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5% des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v. H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an." (Protokollnotiz zur Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gem. §125 SGBV)

#### Vier Jahre Dornröschenschlaf in Sachen Fortbildungspunkte

## Therapeuten tragen die Konsequenzen

Welche Fortbildungspunkte werden anerkannt und welche nicht? Im Tauziehen zwischen den Krankenkassen und den Berufsverbänden bleibt die Klarheit auf der Strecke. "Im Zweifel für den Therapeuten", heißt es einstimmig – für den Anfang. Die Leidtragenden sind die Therapeuten, die die Konsequenzen aus der Uneinigkeit selbst tragen müssen.

"Jede abgeschlossene Fortbildung wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten Unterrichtseinheiten bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist." Dies ist die Kernaussage in Anlage 4 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen. Prima, könnte man meinen. Das lässt Wahlfreiheit. Denn auch die Hippotherapie oder Fußreflexzonenmassage betreffen den Heilmittelbereich des Therapeuten. Doch Vorsicht! Dem Wunschpunsch schieben die Rahmenverträge ein Riegel vor. Fortbildungen zu Methoden, die gemäß den gültigen Heilmittelrichtlinien von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind, zählen nicht dazu. Auch nicht Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und -organisation, praxisinterne Fortbildungen oder das Selbststudium, um nur einige Ausschlusskriterien zu nennen. Im Gegenzug sind Fortbildungen zu Methoden, die gemäß den gültigen Heilmittelrichtlinien anerkannt sind, kaum strittig. Auch nicht, wenn sie im Ausland absolviert werden.

#### In vier Jahren ist nichts passiert

Doch was ist mit Methoden, die weder anerkannt, noch ausgeschlossen sind? In den mehr als vier Jahren seit Abschluss der Rahmenverträge konnten sich die Kassen und Berufsverbände noch immer nicht einigen, wie mit strittigen Fortbildungen umzugehen ist. Während die Kassen bestrebt sind, nur Fortbildungen anzuerkennen, die sich inhaltlich eng mit der Heilmittelrichtlinie decken, setzt sich der Deutsche Verband der Physiotherapeuten (ZVK) für eine großzügigere Auslegung ein, so zum Beispiel für Fortbildungen im Bereich der Prävention und Rehabilitation. Der ZVK schlägt dabei vor, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Physiotherapeuten für die Frage zu Grunde zu legen, was inhaltlich anerkannt werden kann.

Die Ersatzkassen lehnen den Vorschlag zwar nicht ab, nehmen ihn vorerst aber auch nicht an. Mit der Prüfung der niedergelassenen Physiotherapeuten werde jetzt ein Testballon gestartet, so René Klinke, vdek-Referatsleiter für die ambulante Versorgung. Der Verband der Ersatzkassen möchte sich zuerst einen Überblick verschaffen, welche Bedeutung die strittigen Methoden im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung haben. Über die Ergebnisse soll dann gegebenenfalls diskutiert werden.

Umstritten sind auch Fortbildungen zur Qualitätssicherung. Der §125 SGBV (Fünftes Sozialgesetzbuch),

§ 135a SGBV und § 14 der Rahmenempfehlungen lassen Spielraum für Interpretationen. Obwohl Praxisinhaber und fachliche Leiter mittlerweile in bestimmten Bereichen sogar gesetzlich verpflichtet sind, Qualitätsmanagement zu betreiben, werden die Ersatzkassen voraussichtlich Fortbildungen zu ISO-Zertifizierungen oder zum Praxismanagement ablehnen.

Der ZVK-Bundesverband ist überzeugt, dass dem Therapeuten zunächst keine Sanktionen drohen, wenn strittige Punkte nicht anerkannt werden. Hier heiße es: "Im Zweifel für den Therapeuten." Der ZVK werde sich für sinnvolle Übergangsregelungen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen einsetzen, lässt er wissen. Sollten die Ersatzkassen bei der derzeitigen Erhebung jedoch feststellen, dass eine größere Anzahl von Praxen nicht einmal die Mindestanzahl von 60 Punkten nachweisen können, so sei damit zu rechnen, dass sie gegenüber den Berufsverbänden auf den Abschluss einer gesonderten Prüfvereinbarung für diesen Kreis von Praxen drängen.

Angeschriebene Therapeuten sollten daher auf jeden Fall alle Teilnahmebescheinigungen einreichen, die sie haben. Werden Punkte nicht anerkannt, kann Einspruch eingelegt werden. (ske)

#### i Hintergrund

#### Betrachtungszeiträume der Fortbildungspflicht

Der erste Betrachtungszeitraum für die Fortbildungspflicht beginnt am 1. Januar 2007 für alle im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätigen fachlichen Leiter. Das legen die Rahmenempfehlungen fest. Das Ende der Zeiträume ist allerdings je nach Berufsgruppe unterschiedlich, was an dem jeweiligen Zeitpunkt des Vertragsabschluss der Rahmenverträge zwischen Verbänden und Kassen liegt.

Nach den Verträgen mit den Ersatzkassen (vdek) gelten folgende Zeiträume:

- Physiotherapeuten: der erste Betrachtungszeitraum endete am 31. Dezember 2011
- ► Ergotherapeuten: der erste Betrachtungszeitraum endet zum 1. Oktober 2012
- Logopäden: der erste Betrachtungszeitraum endet zum 1. August 2013
- Podologen: der erste Betrachtungszeitraum endet zum 1. August 2014.

Für die Vereinbarungen mit den Primärkassen gelten regionale Besonderheiten, die in den jeweiligen Rahmenverträgen nachzulesen sind. (ko)

#### GKV-HIS-Daten mit zehnwöchiger Verspätung erschienen

## Umsatz gestiegen – Honorare im Keller

Insgesamt 25 Wochen länger als vertraglich vorgesehen hat es gedauert, bis die GKV die Daten zur Heilmittelverordnung vollständig geliefert hat. Jetzt sind sie aber endlich da und zeigen, dass die Heilmittelumsätze 2011 um mehr als sieben Prozent gewachsen sind. Die 15 am besten verordneten Heilmittel machen rund 90 Prozent des Heilmittelumsatzes für 2011 aus. Wir stellen Ihnen die wichtigsten Veränderungen und Ergebnisse vor.

pie bei motorischen Störungen" mit einem Zuwachs von 14,5 Prozent; auf Platz 12 liegt die "Ergotherapie bei psychischen Störungen" mit einem Zuwachs von 14,4 Prozent. Beide Positionen konnten jeweils einen Platz auf der Hitliste nach oben klettern. Wenig erfreulich dagegen ist der Preisanstieg für diese Position um nur knapp über 0,7 Prozent. Inflationsbereinigt hat sich die Ergotherapie damit in diesem Bereich in 2011 verbilligt.

#### Heilmittel-Hitliste Top 15

Rang	Heilmittel	Bruttoum	Bruttoumsatz		Behandlungen		Preis (berechnet)	Behandlungszeit	Minutenpreis
2011		in Tsd. Euro	in%	Anzahl	in%	je VO	je Beh./Euro	Min./Beh.	Euro/Minute
1 →	Krankengymnastik, EB	1.348.342	28,5	97.473.222	30,8	6,3	13,83	20	0,69
2 >	Ergoth. (sensomotorisch/perzeptiv), EB	414.113	8,8	12.760.866	4,0	9,5	32,45	45	0,72
3 →	Sprachtherapie, 45 Minuten, EB	413.785	8,7	12.620.605	4,0	9,3	32,79	45	0,73
4 →	Manuelle Therapie	354.420	7,5	23.817.741	7,5	5,8	14,88	20	0,74
5 →	Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene, EB	338.873	7,2	18.155.043	5,7	10,9	18,67	25	0,75
6 →	Hausbesuch eines Patienten	328.610	6,9	40.038.746	12,6	8,2			
7 →	Manuelle Lymphdrainage 45 min	259.571	5,5	12.590.402	4,0	7,9	20,62	45	0,46
8 >	Manuelle Lymphdrainage 60 min	193.574	4,1	6.006.333	1,9	9,1	32,23	60	0,54
9 →	Klassische Massagetherapie	155.830	3,3	16.543.308	5,2	5,7	9,42	15	0,63
10 →	Warmpackungen	124.844	2,6	16.062.760	5,1	5,9	7,77	20	0,39
11 🛧	Podologische Komplexbehandlung	101.040	2,1	4.068.515	1,3	3,6	24,83	40	0,62
12 🛧	Ergoth. bei psychischen Störungen, EB	89.318	1,9	2.227.460	0,7	9,5	40,10	60	0,67
13 👃	Krankengymnastik-ZNS-Kinder, EB	89.162	1,9	3.722.256	1,2	9,6	23,95	30	0,80
14 🛧	Ergoth. bei motorischen Störungen, EB	63.070	1,3	2.729.061	0,9	8,8	23,11	30	0,77
15 👃	Krankengymnastik, (gerätegestützte), EB	60.484	1,3	2.403.423	0,8	6,1	25,17	60	0,42
	Summe Top 15	4.335.036	92	271.219.741	86				

© 2012 by Buchner & Partner GmbH, Schwentinental – Datenquelle: www.gkv-his.de – Stand vom 12.6.2012 – Rahmenvertrag §125 SGB V

Jetzt steht also fest: die Heilmittelumsätze 2011 sind um mehr als sieben Prozent gewachsen. Das ist allerdings in erster Linie auf eine Zunahme der Behandlungseinheiten zurückzuführen. Die Preisentwicklung für Heilmitteltherapie bleibt deutlich unter der Inflationsrate und damit verbilligt sich die ohnehin günstige Heilmitteltherapie auch in 2011.

Aus den Daten ergibt sich die Liste der 15 am meisten verordneten Heilmittel, die rund 90 Prozent aller mit der GKV abgerechneten Heilmittel zusammenfasst. Im Vorjahresvergleich können so Trends und Preisentwicklungen im Bundesgebiet abgelesen werden.

An der Zusammensetzung der Top-15-Liste hat sich zwar im Vergleich zum Vorjahr nichts verändert, nur auf den hinteren Plätzen gab es einige Verschiebungen. So rutschte die Position "Krankengymnastik, (gerätegestützte)" trotz eines Zuwachses von fast acht Prozent von Platz 14 auf den letzten Platz 15. Entgegen aller Weiterbildungsmaßnahmen und Investitionen in Geräte entwickelt sich die "gerätegestützte Krankengymnastik" damit nicht wie erwartet. Immerhin hat sich der Minutenpreis um 1,6 Prozent verbessert.

Besser dagegen läuft es für die Ergotherapeuten: Auf Platz 14 findet sich die Position "Ergothera-

"KG-ZNS bei Kindern" stieg von Platz 12 auf Platz 13 ab und legte mit einem Wachstum von nur knapp über drei Prozent unterdurchschnittlich zu. Das hat sicherlich damit zu tun, dass diese Position den höchsten Minutenpreis in der Top-15-Liste hat. Ärzte tendieren verstärkt dazu, als Ersatz die deutlich billigere Ergotherapie zu verordnen oder einfach nur "normale" Krankengymnastik.

Um einen Platz verbessert hat sich die Podologie, die jetzt auf **Platz 11** liegt und im vergangenen Jahr über 22 Prozent Wachstum verbuchen konnte. Auch preislich sind die Podologen inzwischen gut aufgestellt: Der Minutenpreis ist im vergangenen Jahr um mehr als 1,3 Prozent gewachsen – und liegt ohnehin deutlich über den Preisen der manuellen Lymphdrainage.

Die einzigen Positionen, die in der Top-15-Liste erneut verloren haben, sind die "Warmpackungen" (–3,9 Prozent) auf Platz 10 und die "Klassische Massagetherapie" (–7,4 Prozent) auf Platz 9. Bei der Massage sind das über 1,3 Millionen weniger Behandlungen als im Vorjahr.

Auf den Plätzen 8 und 7 der Heilmittel-Hitliste liegt die "Manuelle Lymphdrainage" mit 60 bzw. 45 Minu-

ten Dauer. Die MLD-45 ist um fast acht Prozent gewachsen, die MLD-60 um 11,7 Prozent. Nach wie vor sind die Preise für diese beiden Positionen vollkommen unrealistisch. Man bedenke, dass eine Zusatzqualifikation des Therapeuten notwendig ist, um MLD überhaupt erbringen zu können. MLD ist damit die einzige "Zertifikatsposition", die einen geringeren Preis hat als Standardtherapie. Dass es überhaupt noch Therapeuten gibt, die diese Leistung erbringen, dokumentiert einmal mehr, wie wichtig den Heilmittleerbringern die Linderung der Patientenprobleme ist – in diesem Fall sogar um den Preis eines geringeren Honorars.

Auf **Platz 5** findet sich die Position "KG-ZNS (Erwachsene)" mit sieben Prozent mehr Behandlungseinheiten. Diese Position ist gleichzeitig der Spitzenreiter bei der Preissteigerung mit einem Wachstum von 1,92 Prozent im Vergleich zum Vorjahrespreis des Bundesdurchschnittes.

Die "Manuelle Therapie" konnte sich mit einer Preissteigerung von 1,28 Prozent ebenfalls gut behaupten und liegt mit einem Zuwachs von fast zehn Prozent bei den verordneten Behandlungseinheiten auf Platz 4. Bei den ersten drei Plätzen hat sich auf den ersten Blick nicht viel getan. Die Rangfolge hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Allerdings fällt hier die Sprachtherapie auf. Mit einem Zuwachs bei den Behandlungen von 11,5 Prozent nähert sich diese Position sehr dem Platz 2 der Top-15-Liste, der "Ergotherapie (sensomotorisch/perzeptiv)" an, die lediglich 3,6 Prozent Zuwachs verbuchen konnten. Während der Unterschied zwischen den beiden Positionen in 2010 noch rund 1 Million Behandlungseinheiten betrug, finden sich in 2011 nur noch 140.000 Einheiten Differenz. Hinzu kommt, dass die Sprachtherapie inzwischen einen um einen Cent höheren Minutenpreis durchgesetzt hat.

#### Langfristige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls

## Kasse unterstellt Ärzten überwiegendes Eigeninteresse

Niedersachsens Ärzte sind sauer. Immer öfter kämpfen sie um die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls für ihre Patienten – und machen dabei die gleiche Erfahrung wie schon zahlreiche Heilmittelerbringer zuvor: Mehrere Krankenkassen verzögern die Genehmigung. Die Begründung einer Krankenkasse: Ärzte würden versuchen, Patienten mit leichteren Diagnosen in die budgetfreie Zone der Langfristverordnungen zu schieben.

Auch die Ärzte in Niedersachen bleiben nicht verschont im Kampf um die langfristige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Offenbar argwöhnen manche Kassen, dass die Ärzte es sich zu leicht machen. Das legt ein Schreiben der Barmer GEK in Niedersachsen nahe. In diesem Fall hatte Dr. Günter Meyer, Hausarzt in Schneverdingen, einem Patienten die Langzeitbehandlung verordnet; mit einer Therapie, die der Patient schon seit fünf Jahren erhält und die stets genehmigt wurde. Nachdem der Patient den Antrag eingereicht hatte, lehnte die Kasse schriftlich mit der Begründung ab, es sei "der Barmer GEK nicht möglich, Ihren Antrag zu bewilligen. (...) Für Sie als Versicherte(r) ergibt sich jedoch kein Nachteil hierdurch". [...] Die langfristige Genehmigung liegt vielmehr im Interesse des Arztes, da diese entlastend für ihn im Rahmen der bei Ärzten durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung ist". Im Klartext heißt das: Weil es den Arzt entlasten könnte, wird die Genehmigung verweigert.

Der Hausarzt ist verärgert. Nicht nur, weil sein Patient, der seit 2007 zweimal in der Woche Physiotherapie erhält, nicht anerkannt wird. Sondern auch, weil die Barmer GEK den Sinn der gesetzlichen Regelung als Begründung nutzt, um den Antrag nicht zu bewilligen. "Bisher haben die Kassen die Anträge außerhalb des Regelfalles in der Regel genehmigt, und im Zweifel haben sie den Arzt wegen zu hoher Heilmittelausgaben in Regress genommen. Eben deshalb hat der GBA bei Paragraf 8 nachgebessert", schüttelt Meyer den Kopf. Auch andere Ärzte bestätigen Meyers Erfahrungen.

Die Kasse bestätigt ihr Vorgehen und begründet diese mit der Anhäufung von Anträgen. "Wir haben vermehrt Anfragen", erklärt der Barmer-Sprecher Michael Erdmann. Allein in der Region Hannover komme täglich ein neuer Patient dazu. Das macht die Kasse offenbar misstrauisch. "Es ist klar, dass von den Ärzten versucht wird, Versicherte mit leichteren Diagnosen in die neuen Langzeitverordnungen zu bringen", meint Erdmann.

Was die Ablehnungen bei einem Patienten angeht, der bereits seit 2007 regelmäßig Heilmittelbehandlungen erhält, berief Erdmann sich auf die noch fehlenden Ausführungsbestimmungen zu der Neuregelung. "Es ist noch nicht letztgültig geklärt, in welchen Fällen schwerer Erkrankung genehmigt wird." (ben)

#### G-BA setzt Auftrag des Gesetzgebers nicht um

## Krankenkassen und KBV paktieren gegen die Patienten

Mit dem Versorgungs-Struktur-Gesetz hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erteilt, das Recht der Versicherten auf langfristigen Behandlungsbedarf im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie zu konkretisieren. So sollte der G-BA Regelungen vereinbaren, die sicherstellen, dass die berechtigten Versicherten auch wirklich solche Genehmigungen erhalten. Diesen Auftrag hat der G-BA in seiner Sitzung am 21.6.2012 erneut nicht wahrgenommen.



Der G-BA kam in seiner Sitzung zu keinem Ergebnis und setzte den Auftrag des Gesetzgebers nicht um.

Seit deutlich mehr als zwei Jahren ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Thema "langfristige Versorgung mit Heilmitteln" beschäftigt. Nachdem er sich im Rahmen der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie im Sommer 2011 nicht auf eine gemeinsame Interpretation zum Thema einigen konnte, half der Gesetzgeber mit dem Versorgungs-Strukturgesetz nach. Seit Anfang des Jahres 2012 gilt nun der § 32 Abs. 1a SGB V. Dieser ermöglicht es den Versicherten, einen Antrag auf langfristige Genehmigung von Heilmitteln zu stellen. Der G-BA sollte durch konkrete Vorgaben die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen sicherstellen. Das hatte das oberste Beschlussgremium selbst bereits im März 2012 vereinbart.

#### Kassen und Ärzte gehen eigene Wege

Der Vorsitzende des G-BA Dr. Rainer Hess erinnerte in der Sitzung daran, dass Ärzte und Kassen zugesagt hätten, eine einvernehmliche Regelung zu diesem Themenkomplex bis Juni 2012 finden zu wollen. Doch offensichtlich sind solche Zusagen nicht bindend. Denn jetzt stellte sich heraus, dass Krankenkassen und Ärzte außerhalb des G-BA dabei sind, eigene Wege zu gehen. Anstatt eine transparente Lösung innerhalb des G-BA zu erarbeiten, haben sie sich zusammengesetzt, um über Praxisbesonderheiten zu verhandeln.

Die Idee dahinter könnte man wie folgt vermuten: Wenn alle Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf als Praxisbesonderheiten deklariert werden, gibt es darüber hinaus keinen weiteren Bedarf mehr für langfristige Genehmigungen. Außerdem müssen Krankenkasse und KBV sich ohnehin auf Vorab-Praxisbesonderheiten einigen – das hätte man dann sozusagen nebenbei gleich mit erledigt.

Für die Krankenkassen wäre das eine prima Regelung. Keine Anträge bedeuten keine Antragsbearbei-

tung. Zurzeit kann jeder Patient mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls einen Antrag stellen. Viel besser für die Kassen wäre es aber, der Kreis der Antragsteller wäre begrenzt. In ihrem internen GKV-Arbeitspapier zum Umgang mit Anträgen auf eine langfristige Heilmittel-Therapie haben Sachbearbeiter schon entsprechende Hinweise zum Umgang mit solchen Anträgen erhalten. Tenor: Erst einmal ablehnen!

Aber auch die KBV als oberstes Organ der Kassenärzte zieht in diesem Fall mit den Kassen an einem Strang. Das Kalkül dahinter ist vermutlich, dass man einerseits den Vertragsärzten die Arbeit ersparen will, die die Kassenärzte vermeintlich mit den Anträgen

auf langfristige Genehmigung hätten. Andererseits will man den Vertragsärzten auch einen Erfolg bei der gesetzlich vorgeschriebenen Vereinbarung zu bundesweiten Vorab-Praxisbesonderheiten präsentieren.

#### Schach Matt für den Antrag der Patientenvertretung

Die Patientenvertretung war von den Neuigkeiten der Sitzung nicht begeistert. Sie beantragte daher, ein von ihr vorgelegtes Merkblatt zu verabschieden, in dem eine Information für alle Beteiligten zumindest für eine einheitliche Sprachregelung des G-BA sorgen sollte. Diesen Antrag lehnten Krankenkassen und Ärzte dann gemeinsam ab. Der unparteiische Vorsitzende Dr. Rainer Hess enthielt sich und machte deutlich, dass er mit dem Verlauf der Diskussion unzufrieden war: "Mein Gefühl ist da eher auf Seiten der Patientenvertreter."

Immerhin, man hat sich in einem Hilfsantrag darauf geeinigt irgendwann einmal ein gemeinsames Merkblatt des G-BA zu veröffentlichen, wenn Kassen und Ärzte sich geeinigt haben. Bis dahin gilt weiterhin, dass jeder Patient sein Recht auf eine langfristige Genehmigung weithin wird erstreiten müssen – das ist zwar lästig, aber funktioniert inzwischen bundesweit bei praktisch allen Kassen.

#### Höhenflug der Heilmittel-Umsätze setzt sich fort

## 6,7 Prozent mehr im 1. Quartal 2012

Die Krankenkassen haben im 1. Quartal 2012 satte Überschüsse erwirtschaftet. Im selben Zeitraum sind die Heilmittelumsätze überdurchschnittlich gestiegen. Das sind die wichtigsten Ergebnisse aus den vorläufigen Finanzergebnissen der Gesetzlichen Krankenversicherung für das 1. Quartal 2012, die jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit vorgestellt wurden.

Die gesetzlichen Krankenkassen weisen in ihren vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Quartals 2012 einen Überschuss von rund 1,51 Mrd. Euro aus. Einnahmen in Höhe von rund 47,47 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rund 45,96 Mrd. Euro gegenüber.

#### Heilmittelumsätze überdurchschnittlich

Wie schon im Vorjahr gehören die Heilmittelausgaben zu den Ausgaben, die auch weiterhin deutlich überdurchschnittlich wachsen. Während die Ausgaben je Versichertem um 3,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr angestiegen sind, wuchsen die Heilmittelumsätze um 6,7 Prozent. Größeres Wachstum gab es nur bei Fahrtkosten und Häuslicher Krankenpflege. Damit setzt sich der Höhenflug der Heilmittelbranche fort.

Wie immer, wenn Krankenkassen Überschüsse erarbeiten, gibt es bei der Interpretation der Zahlen des 1. Quartals sofort wieder Vorschläge, was mit dem Geld zu machen ist. "Überschüsse sind das Geld der Versicherten, was auch ihnen zugutekommen muss, das kann zum Beispiel durch Leistungsverbesserungen und Prämienzahlungen geschehen", findet beispielsweise Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr.

Für Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten ist es weniger interessant, wenn Versicherte Geld zurück erstattet bekommen. Besser wäre es sicherlich, wenn die Kassen noch mehr als bisher Heilmittel-Angebote über das Maß der Heilmittel-Richtlinie hinaus bezuschussen würden, wie in diesem Jahr vereinzelt im Bereich der Osteopathie geschehen.

#### Verschiedene Ursachen der positiven Entwicklung

Die positive Finanzentwicklung der GKV ist zu einem großen Teil auf die positive Entwicklung der Beitragseinnahmen bei einer bislang günstigen Lohn- und Beschäftigungsentwicklung zurückzuführen. Daneben haben aber auch nach Meinung des Bundesgesundheitsministeriums die ausgabenbegrenzenden Maßnahmen insbesondere im Arzneimittelbereich sowie bei den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zu einer Ausgabenstabilisierung beigetragen.

Warum allerding die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen im 1. Quartal 2012 rund 1,0 Prozent steigen, ist unklar. Die vielen Kassenfusionen scheinen keinen ernsthaften Abbau der Verwaltungskosten bewirkt zu haben.

#### Weitere Perspektive 2012

Das Bundesgesundheitsministerium geht auch für das Jahr 2012 von einer soliden Finanzgrundlage für die Krankenkassen aus. Vor dem Hintergrund des Versorgungsstrukturgesetzes vom Januar 2012 sollten sich die Heilmittelumsätze weiterhin auf dem Niveau des 1. Quartals 2012 stabilisieren. (bu)

Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschl. der landwirtschaftlichen
Krankenversicherung <sup>1)</sup>
im 1. Quartal 2012

Veränderungsrate je Versichertem im Vergleich zum 1. Quartal 2011 in v.H.<sup>2)</sup>

	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK	LKK
Ärztliche Behandlung 3)	2,3	2,8	3,1	3,4	0,4	0,7	7,2
Behandlung durch Zahnärzte							
ohne Zahnersatz	3,0	3,5	2,6	4,3	8,2	2,2	2,2
Zahnersatz insgesamt	1,7	2,6	0,3	2,2	1,8	0,9	-6,5
Arznei- und Verbandmittel							
insgesamt	3,7	4,3	2,2	3,8	3,3	3,1	4,2
Summe Hilfsmittel	4,3	3,6	4,1	-0,2	-4,3	6,5	6,4
Summe Heilmittel	6,7	5,7	3,7	-11,8	3,7	10,1	57,9
Krankenhausbehandlung insgesamt							
mit stationärer Entbindung	3,3	2,9	1,9	6,4	0,6	3,5	0,0
Krankengeld	5,7	4,4	4,2	7,6	9,1	7,3	-13,6
Fahrkosten	8,5	4,3	4,1	7,3	1,1	18,3	17,7
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	0,4	3,4	-1,0	11,4	-6,6	-3,3	-1,2
Soziale Dienste/Prävention/Selbsthilfe/Schutzimpf.	-1,8	2,6	4,5	-9,2	-1,8	-6,8	0,8
Früherkennungsmaßnahmen	-0,4	-2,3	-1,0	2,5	-1,7	0,7	-8,8
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung	1,8	2.8	-0,1	-2.9	31,6	4.4	-3,5
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	9,1	7,3	5,6	9,5	7,4	12,8	9,6
Ausgaben für Leistungen insgesamt	3,6	3,4	2,7	4,3	2,7	3,6	3,9
Netto-Verwaltungskosten	1,0	0,9	-0,8	1,5	0,1	2,2	-2,0

Wie schon im Vorjahr gehören die Heilmittelausgaben auch in 2012 zu den Ausgaben, die auch weiterhin deutlich überdurchschnittlich wachsen.

<sup>©</sup> Bundesministerium für Gesundheit

#### **Osteopathie auf Rezept**

## **Auch BKK vor Ort erstattet Teilkosten**

Anfang des Jahres änderte die Techniker Krankenkasse bereits ihre Satzung und erstattet seitdem 80 Prozent der Kosten für maximal sechs osteopathische Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten (wir berichteten). Die BKK Essanelle zog im März nach. Jetzt erweitert auch die BKK vor Ort ihr Leistungsangebot ab dem 16. Mai 2012 um osteopathische Behandlungen. Das teilte die Kasse in einer Pressemitteilung mit. Die BKK vor Ort übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen pro Kalenderjahr und erstattet 90 Prozent der Kosten – pro Sitzung jedoch höchstens 60 Euro. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt eine Bescheinigung ausstellt, die eine osteopathische Behandlung empfiehlt. Und: der Osteopath muss Mitglied eines Berufsverbandes sein oder eine Ausbildung haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen Deutschlands berechtigt.

## Bewegungstherapie wirksamer als Medikamente

Leichtes Ausdauertraining ist bei einer chronischen Schmerzerkrankung des Bewegungsapparates wirksamer als Schmerzmittel. Das haben Wissenschaftler der Universität Heidelberg nach Auswertung von Therapiestudien jetzt herausgefunden und empfehlen vor allem Tai Chi oder Yoga zur Behandlung der Fibromyalgie.

Etwa vier Prozent aller Deutschen leiden an der bislang unheilbaren Erkrankung. Betroffen sind vor allem Frauen zwischen 40 und 60 Jahren, heißt es in der Pressemitteilung der Universität Heidelberg. Die Diagnose sei wegen des weiten Spektrums möglicher Beschwerden oft schwierig und könne nur durch Ausschluss anderer Erkrankungen getroffen werden. Die Betroffenen klagen über anhaltende Schmerzen in Nacken, Rücken, Brust, Bauch oder Gelenken, aber auch unter psychischen Beschwerden wie Depression oder Angst.

Seit 2008 gibt es die Leitlinie für Diagnose und Therapie des Fibromyalgiesyndroms, die Ärzte bei der Auswahl der wirksamen Therapie unterstützen soll. "Bisher gab es zu vielen Behandlungen noch keine belastbaren Ergebnisse", erklärte Professor Dr. Wolfgang Eich, Schmerzexperte an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg, der federführend an der Überarbeitung der Leitlinie beteiligt war. Die aktualisierte Fassung, die in deutscher und englischer Version jetzt vorliegt, hat neue medizinische Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien sowie Erfahrungen von Experten und Patienten einbezogen.

Zwei bis dreimal pro Woche eine halbe Stunde schnelles Spazierengehen, Fahrradfahren oder Walking würden zur Linderung der Beschwerden beitragen. "Optimal wäre die Kombination mit Entspannungsverfahren und Psychotherapie-Verfahren, die die Selbstwirksamkeit erhöhen, wie z.B. kognitiven Verhaltenstherapien oder anderen Psychotherapieverfahren", sagte Professor Dr. Wolfgang Eich.

Bewegungstherapien wie Tai Chi oder Yoga werden in den Leitlinien besonders empfohlen.



Enttäuscht zeigte sich der Mediziner von den Ergebnissen der medikamentösen Therapieansätze. "Nur wenige Präparate zeigten langfristigen Nutzen, bei den meisten überwiegen die Nebenwirkungen." Anders dagegen die meditativen Bewegungstherapien wie Tai Chi oder Yoga, die vielen Patienten gut taten und in der neuen Leitlinie sehr empfohlen werden. (ks)

#### **Behandlung von Schmerzpatienten**

## Mentale Ablenkung mindert Schmerzempfinden

Mentale Ablenkung mindert das Schmerzempfinden. So haben therapeutische Ansätze wie beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie das Potenzial, bis auf die Rückenmarksebene zu wirken. Das haben Forscher am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) herausgefunden.

Das geringere Schmerzempfinden während einer Ablenkung sei kein rein psychologisches Phänomen, erklärte der Leiter der Studie, Christian Sprenger vom Institut für Systemische Neurowissenschaften (ISN) in einer Pressemitteilung des UKE. Vielmehr würden die Schmerzreize auf dem Weg ins Gehirn bereits im Rückenmark abgeschwächt.

#### Nur schwere Gedächtnisaufgaben lenken ab

Für die Studie mussten 20 gesunde Probanden eine leichte und eine schwere Gedächtnisaufgabe lösen, während ihnen gleichzeitig schmerzhafte Hitzereize am Arm zugefügt wurden. Sie mussten sich unterschiedliche Buchstabenfolgen merken und deren Häufigkeit zählen.

Das Ergebnis: "Die einfache Stufe der Gedächtnisaufgabe führte zu keiner nennenswerten Ablenkung vom Schmerzempfinden, während die schwierige Stufe bewirkte, dass die Teilnehmer deutlich von den Schmerzen abgelenkt waren", so Sprenger weiter. "Sie erlebten den Schmerz in der Folge schwächer." In beiden Fällen wurde mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie gemessen, wie stark das Rückenmark durch die Schmerzreize aktiviert wurde. Während der schwierigeren Aufgabe zeigte sich eine deutliche geringere Aktivierung im Vergleich zur leichten Aufgabe. Die wahrscheinliche Erklärung: Während einer anspruchsvollen kognitiven Aufgabe aktiviert das Gehirn ein System im Hirnstamm, das die Schmerzsignale auf Rückenmarksebene hemmt.

In einem weiteren Untersuchungsschritt konnte die Arbeitsgruppe von Professor Christian Büchel, Direktor des ISN, zeigen, dass der schmerzlindernde Mechanismus endogene Opioide als Überträgerstoff benutzt. So bewirkte die Applikation des Medikaments Naloxon, welches Opioidrezeptoren im Körper blockiert, eine Reduktion des zuvor beobachteten Effekts um etwa 40 Prozent.

#### Kognitive Verhaltenstherapie als Alternative

"Die Ergebnisse legen nahe, dass therapeutische Ansätze wie beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie auch das Potenzial haben könnten, bis auf die Rückenmarksebene zu wirken", sagte Sprenger. Dort könnten die Therapien dann möglicherweise "schmerzverbundene" Krankheitsprozesse beeinflussen. (ks)

#### Service:

Die Studie von Christian Sprenger et al. "Attention modulates spinal cord responses to pain" finden Sie im Internet unter http:// www.sciencedirect.com/ science/article/pii/ S0960982212003934.

#### Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von ADHS

## **ADHS-Portal informiert Therapeuten**

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Das "zentrale-adhs-netz", ein an der Universität Köln angesiedeltes Netzwerk, hat jetzt verschiedene Positionen analysiert und in einer Art Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von ADHS zusammengefasst. Therapeuten können sich auf den neusten wissenschaftlichen Stand bringen.

Professor Dr. Manfred Döpfner und sein Team widersprechen beispielsweise der Behauptung, dass ADHS kein spezifisches Störungsbild, sondern die Erfindung einer leistungsorientierten Gesellschaft sei. Nicht haltbar sei gleichfalls die These, dass die Ursachen von ADHS vermutlich in Reizüberflutung und mangelnder Erziehungskompetenz zu suchen seien. International gebe es keinen Zweifel, dass genetische Ursachen den größten Einzelfaktor bei der Entstehung von ADHS bilden.

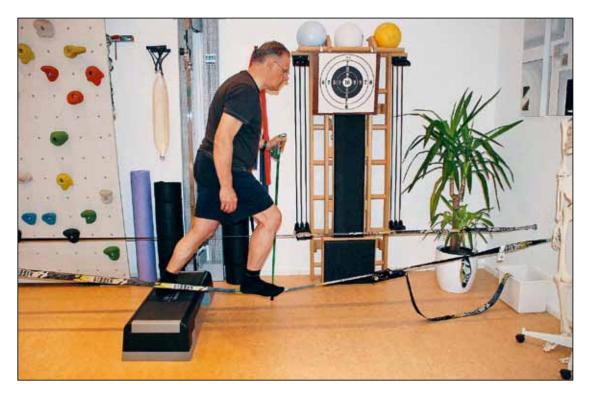
Auch über die Pharmakotherapie seien Fehlinformationen im Umlauf, heißt es in der Stellungnahme der Experten. Die vor mehr als 70 Jahren eingeführte medikamentöse Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS sei ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie müsse aber in ein multimodales Behandlungskonzept eingebettet sein.

Unter www.zentrales-adhs-netz.de bietet das bundesweite Netzwerk eine Fülle von Informationen für Therapeuten, Pädagogen sowie für Betroffene und ihre Angehörigen auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zur ADHS. Für Therapeuten gibt es einen extra Bereich, der Informationen enthält, die insbesondere für diagnostisch und therapeutisch tätige Fachleute von Interesse sind.

#### **Motivationsfaktor Slacklining**

## Therapie auf dem Seil

Das Slacklinen kommt aus Amerika und hat sich mittlerweile auch in Deutschland als Trendsport etabliert. Dabei wird ein flacher Gurt- oder Schlauchband zwischen zwei Fixpunkten gespannt und darauf balanciert. Der Physiotherapeut Michael Schmid aus Mutlangen hat das Bewegungskonzept in seine Therapie integriert und begeistert damit seine Patienten.



"Ich habe bislang keinen Patienten

gehabt, der nicht ein zweites Mal

auf die Seile wollte."

Wie die Slackline-Pioniere im kalifornischen Yosemite-Nationalpark kam der 37-jährige Therapeut über den Klettersport zum Slacklinen. Immer wenn es regnete und die Felsen zu rutschig waren, hatten sich ein paar Kletterer in den 80er Jahren die Zeit damit vertrieben, auf Tauen und Absperrketten zu balancieren – das Slacklining war geboren. Michael Schmidt erlernte das Balancieren auf dem Band während seiner Ausbildung zum Sport- und Gymnastiklehrer und Physiotherapeuten, die er im Jahre 2000 am Berufskolleg Waldenburg abschloss.

#### Auch in kleinen Räumen möglich

Nach einigen Jahren in verschiedenen Reha- und Physiotherapiepraxen in Baden-Württemberg eröffnete

Michael Schmid gemeinsam mit Ehefrau Simone im Januar 2010 seine Praxis für Privatpatienten und Selbstzahler. "Mit zwei Zimmern räumlich etwas begrenzt hatten wir keinen Platz, um zusätzlich noch

ein Trampolin aufzustellen", erinnert sich der Praxisinhaber. Aus dieser "Notlage" heraus sowie dem Bestreben etwas "anderes" zu machen, fanden die elas-

tischen Gurtbänder ihren Weg in die Praxis auf der Heide in Mutlangen.

Im Unterschied zum Freizeitsport werden bei Schmid die 2,5 bis 5 Zentimeter breiten Bänder parallel angeordnet, in Breitbandstellung. "Auf zwei Beinen fällt das Balancieren am Anfang etwas leichter", weiß der Hobby-Kletterer aus Erfahrung. Am Anfang beäugten seine Patienten die ungewohnte Seilakrobatik mit sehr gemischten Gefühlen. Die meisten seien zunächst ängstlich und skeptisch, ob sie das wohl schaffen. "Doch ich habe bislang keinen Patienten gehabt, der nicht ein zweites Mal auf die Seile wollte gleich welchen Alters hat das Balancieren einen hohen Motivationsreiz."

> Auf den Bändern trainieren in Schmids Praxis vor allem Patienten mit Hüft, Knie- und Sprunggelenksbeschwerden sowie Personen mit Schulterinstabilitäten. Das fördert zum einen die Gelenkstabili-

tät und den Gleichgewichtssinn, zum anderen stärkt es die Stützmuskulatur. Eine Fortbildung dazu habe der Therapeut nicht gemacht, der acht Jahre lang als

Dozent an der APT Akademie in Fellbach-Schmiden in der Nähe von Stuttgart u.a. Kurse für Therapeutisches Klettern gab: "Durch den Klettersport habe ich genügend Ideen gesammelt, die ich in meiner Therapie einsetzen kann."

Als gebürtigen Schwarzwälder verschlug es Michael Schmid nach Mutlangen, eine Kleinstadt auf der Ostalb in Baden-Württemberg. Anfangs war die Praxis auf der Heide als Nebenjob für zwei Tage gedacht. Doch die Zahl der Patienten wuchs immer mehr, sodass die Schmids seit Februar diesen Jahres auf eine Fünf-Tage-Woche aufgestockt haben.

#### Slacklining senkt Sturzrisiko für Senioren

Slacklining in die Therapie einzubeziehen, kann nicht nur Michael Schmid seinen Kollegen empfehlen. Auch die Vorsitzende im Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V., Ute Repschläger, hat sich für den Einsatz der Balancierbänder in der Therapie ausgesprochen – besonders für Patienten mit Gleichgewichtsstörungen, Sprunggelenks- und Knieverletzungen sowie Wirbelsäulenfehlhaltungen. Es fördere aber nicht nur bei solchen Patienten das Gleichgewicht, die Gelenkstabilisation und Koordination, neue Untersuchungen hätten gezeigt, dass "sogar Senioren erfolgreich auf der Slackline trainieren können, um ihr Sturzrisiko zu senken".



Trotz der allgemeinen Euphorie über den neuen Trendsport sieht Schmid derzeit noch den persönlichen Bezug als Hauptkriterium für den Einsatz in der Therapie: "Die Kollegen, die ich kenne und Slacklining machen, sind ausschließlich über den Klettersport dazu gekommen." (ks)

Kontakt: Physiotherapie auf der Heide, Michael und Simone Schmid, Binsenweg 13, 73557 Mutlangen, Tel.: 07171-9082662, info@physiotherapie-heide.com, www.physiotherapie-heide.com

#### i Hintergrund

Das Slacklinen ist eine junge Trendsportart aus Amerika. Schon seit den 60er Jahren vertrieben sich Freizeitkletterer im Yosemite-Nationalpark in Kalifornien die Zeit damit, an Ruhe- und Regentagen auf Absperrketten von Parkplätzen zu balancieren. 20 Jahre später brachten Adam Grosowsky und Jeff Ellington das Slacken in die Camps der Kletterer im Valley. Heute ist das Balancieren auf Seilen nicht mehr nur dem Klettersport vorbehalten. Der Trend setzt sich immer mehr im Freizeitsport durch und kann auch von Physiotherapeuten in der Therapie eingesetzt werden. (ko)

Auf den Bändern trainieren in Schmids Praxis vor allem Patienten mit Hüft-, Knie- und Sprunggelenksbeschwerden sowie Schulterinstabilitäten.

#### **Der Abrechnungstipp**

## **Indikationsschlüssel**

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.

Jede Heilmittel-Verordnung hat ein Feld für den Indikationsschlüssel, das ausgefüllt sein muss. Der Indikationsschlüssel hat aus medizinischer Sicht jedoch keinerlei Bedeutung, sondern soll der Krankenkasse die Abrechnung der Verordnung erleichtern. So ist dieser nichts anderes als die Codierung der Diagnose/Leitsymptomatik. Umso ärgerlicher ist es, wenn aufgrund eines "falschen" Indikationsschlüssels die Abrechnung der Verordnung verweigert wird. Dafür gibt es rechtlich gesehen absolut keine Grundlage.

### § GRUNDREGELN

- ► Auf jeder Heilmittel-Verordnung muss der vollständige Indikationsschlüssel vom Arzt eingetragen werden (§ 13, Abs. 2l HeilM-RL).
- ► In der Physiotherapie besteht der vollständige Indikationsschlüssel aus dem Kürzel der jeweiligen Diagnosengruppe sowie dem Buchstaben, der in dieser Diagnosegruppe gewählten Leitsymptomatik (§ 13, Abs. 2I HeilM-RL).
- ► In der Logopädie entspricht der vollständige Indikationsschlüssel dem Kürzel der jeweiligen Diagnosegruppe (§ 13, Abs. 2l HeilM-RL).
- In der Ergotherapie entspricht der vollständige Indikationsschlüssel dem Kürzel der jeweiligen Diagnosegruppe (§ 13, Abs. 2l HeilM-RL).

#### SELBST KORRIGIEREN

- ► Logopäden, bzw. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, die einen Versicherten der Ersatzkassen (vdek) behandeln, können einen fehlenden Indikationsschlüssel nach telefonischer Rücksprache mit dem Arzt selbst ergänzen (§ 6, Abs. 3, Fußnote, Rahmenvertrag gem. § 125 Abs. 2 SGB V zwischen Vdek und den Verbänden vom 1.8.2009).
- ► In einzelnen Bundesländern sind ähnliche Regelungen vereinbart (siehe rechte Seite).
- ► Korrektur durch Arzt/Krankenkasse
- ➤ Änderungen bzw. Ergänzung des Indikationsschlüssels bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datum (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL).

- Die Korrektur kann per Fax erfolgen, wenn diese Regelung mit der jeweiligen Kasse im Rahmenvertrag vereinbart worden ist, bzw. wenn das bisher akzeptiert wurde.
- Die Änderung/Ergänzung durch den Arzt ist nicht notwendig, wenn im jeweils gültigen Rahmenvertrag ausdrücklich eine andere Regelung vereinbart worden ist.

#### M RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- ► In einigen wenigen Bundesländern können Therapeuten selbst den Indikationsschlüssel ergänzen bzw. korrigieren. Deswegen lohnt es sich für den Praxisinhaber, die gültigen Rahmenverträge daraufhin zu lesen.
- ► Dabei sucht man nach einem Paragraphen mit dem Titel "Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt" oder "Behandlungsdurchführung" oder "Verordnung".
- Aufpassen: Manchmal beziehen sich die Änderungsmöglichkeiten nur auf die Ergänzung eines fehlenden Indikationsschlüssels; manchmal werden Änderungen durch den Therapeuten ausdrücklich erlaubt (z. B. Physio- und Ergotherapeuten in Baden-Württemberg).

### BESONDERHEITEN

- Das Thema Indikationsschlüssel spielt überhaupt keine Rolle bei Verordnungen, die nicht von der HeilM-RL betroffen sind. Deswegen haben Indikationsschlüssel auf den folgenden Verordnungen nichts zu suchen:
  - · Zahnärztliche Verordnungen
  - BG Verordnungen
  - Privatärztliche VO
- Achtung: Einige wenige AOKen haben manchmal in ihren Rahmenverträgen Regeln aufgenommen, die bei zahnärztlichen Verordnungen die Angabe eine Indikationsschlüssels fordern. Das sind aber Regelungen, die mit der Neufassung der HeilM-RL am 1.7.2011 ungültig geworden sind.

### ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Abrechnungen mit fehlenden Indikationsschlüsseln werden von allen Krankenkassen zu Recht abgelehnt. Einige Kassen behalten solche Verordnungen dann sogar ein und verneinen ein Recht auf Nachbesserung. Deswegen darf eine Verordnung mit fehlendem Indikationsschlüssel niemals abgerechnet werden.
- Bei Indikationsschlüsseln, die nicht zum verordneten Heilmittel passen, muss formal korrekt vor Behandlungsbeginn eine Korrektur vorgenommen werden. Auch hier behalten Krankenkasse falsche Verordnungen bei der Abrechnung einfach ein.

- ► Die Regel für eine gültige Verordnung lautet: Die Verordnung muss vollständig und plausibel sein.
- ► Vollständig bedeutet in diesem Fall, ein vollständiger Indikationsschlüssel ist auf der Verordnung eingetragen.
- ► Plausibel bedeutet in diesem Fall, das verordnete Heilmittel muss zu dem Indikationsschlüssel passen (gem. Heilmittel-Katalog).
- ► Eine Überprüfung, ob die Diagnose dem richtigen Indikationsschlüssel zugeordnet wurde, ist nur für
- ganz offensichtliche, grobe Abweichungen notwendig.
- ► Das bedeutet für den Indikationsschlüssel, dass eine Krankenkasse nicht wegen "falschem Indikationsschlüssel" die Zahlung verweigern kann. (bu)

#### up-premium plus

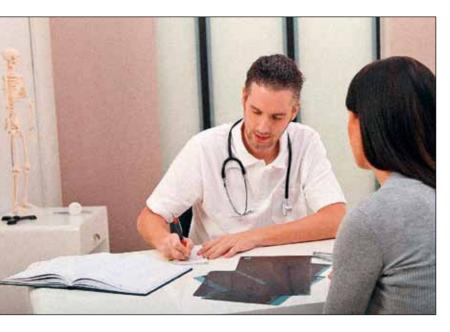
Alle Artikel können *up-premium plus* Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen oder im buchner Shop downloaden.

	.1 Wirbelsäule		
	Diagnosengruppe WS1		
V	/irbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf		
des Rege Hausbesuch  Ja  Verordnungs- menge  H	Behandlungsbeginn spätest. am Rechnungsnummer	Hausbesuch	Anzahl pro Woche
M S 1 b	7	nde	
W S 1 b		Heilmittelverordnung	
W S 1 b	s Spezifizierung der Therapieziele  Leitsymptomatik: Funktionelle / strukturelle Schädigung	Heilmittelverordnung	
W S 1 b	Leitsymptomatik: Funktionelle / strukturelle Schädigung Ziel der Physikalischen Therapie  a Funktionsstörungen / Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke) Ziel: Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Ver-	Heilmittelverordnung im Regelfall A KG / MT C Traktion / Wärme- /	

#### AOK Niedersachsen verzichtet auf Rechnungskürzung

## "Neuer Arzt = Neuer Regelfall" ist rechtens

Wenn ein Patient nach einer Erstverordnung den Arzt wechselt und sich eine erneute Erstverordnung von einem anderen Arzt ausstellen lässt, dann fürchten viele Praxisinhaber um ihr Geld. Denn Krankenkassen versuchen in solchen Fällen, sich um die Zahlung der zweiten Erstverordnung zu drücken. Zu Unrecht, bestätigte jetzt auch die AOK Niedersachsen einem Praxisinhaber.



Keine Rechnungskürzung mehr durch Ärzte-Hopping des Patienten. Das Problem mit dem "Ärzte-Hopping" ist so alt, wie es die Heilmittel-Richtlinie gibt: Erhält ein Patient bei seinem Arzt keine Heilmittel-Verordnung mehr, dann sucht er sich einfach einen neuen Arzt und lässt sich "von vorn" behandeln. Patienten haben das Recht, sich Ärzte nach eigenem Belieben auszusuchen (Ausnahme: Hausarztverträge) und können sich damit immer wiederkehrende Erstverordnungen für Heilmittel ausstellen lassen – auch wenn das laut Heilmittel-Richtlinie so gar nicht vorgesehen ist.

#### Krankenkassen haben eigene Theorien

Die Krankenkassen machen es sich bei diesem Problem einfach. Im "Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes" heißt es: "Der Grundsatz neuer Arzt = neuer Regelfall gilt nicht, da sich ein Arzt vor der Verordnung von Heilmitteln vom Zustand des Patienten überzeugen muss. In diesem Zusammenhang sind auch andere Heilmittel-Verordnungen abzufragen." Damit könne es nicht passieren, so die Schlussfolgerung einiger Krankenkassen, dass eine Erstverordnung des Arztes A mit der Erstverordnung des Arztes B "fortgesetzt" würde. Falls dies doch der Fall sei, käme nach Ansicht dieser Kassen die sogenannte Prüfpflicht

der Therapeuten zum Tragen. Ergo: solche Verordnungen müssten nicht bezahlt werden. Soweit die Theorie einiger Krankenkassen.

Tatsächlich schreibt die Heilmittel-Richtlinie ein "therapiefreies Intervall" von zwölf Wochen zwischen zwei Behandlungsfällen vor. So kann ein Therapeut problemlos erkennen, dass die zweite Erstverordnung "irregulär" ist und gegen die Heilmittel-Richtlinie verstößt. In der täglichen Praxis fehlt es aber an angemessenen Reaktionsmöglichkeiten für den Therapeuten auf solche irregulären Verordnungen. Denn wer die Annahme einer gültigen Verordnung verweigert, verstößt gegen die Rahmenverträge. Informiert aber der Therapeut den zweiten Arzt über das Bestehen einer früheren Erstverordnung, verstößt er womöglich gegen Datenschutzbestimmungen. Der Patient ist vielleicht gar nicht damit einverstanden, dass der Arzt über andere Arztbesuche informiert wird.

Zudem haben Ärzte kein Interesse daran, in Behandlungsfälle von Kollegen "einzusteigen". Schließlich wissen sie, dass sie im Zweifel immer erst den Regelfall ausschöpfen müssen, bevor sie außerhalb des Regelfalls verordnen – sonst können sie dafür in Regress genommen werden. Bevor sich Ärzte also auf vage mündliche Angaben von Patienten verlassen, stellen sie lieber eine neue Erstverordnung aus, frei nach dem Motto: Neuer Arzt = Neuer Regelfall!

#### AOK will nicht mehr kürzen

Nachdem es schon einiges Abrechnungstheater mit diversen Kassen gegeben hat, hat die AOK Niedersachsen jüngst einem Kollegen einen Brief geschrieben und versichert, man werde in Zukunft keine Kürzungen vornehmen, wenn verschiedene Ärzte Erstverordnungen ausgestellt haben. "Aus Datenschutzgründen haben Sie als Leistungserbringer keine Möglichkeit, sich die Verordnungen dahingehend korrigieren zu lassen", stellt die AOK fest und beschreibt damit genau die Situation, die bundesweit schon zu diversen unrechtmäßigen Rechnungskürzungen geführt hat. Zumindest in Niedersachsen scheint das Problem gelöst. Wer in anderen Bundesländern bei anderen Kassen mit dem gleichen Problem konfrontiert ist, kann also einfach auf die AOK Niedersachsen verweisen. (bu)

#### up-premium plus

*up-premium plus*-Kunden können ein Musterschreiben bei der Hotline 0800-9477360 anfordern, mit dem die Kassen bei entsprechender Absetzung auf ihre Zahlungspflicht hingewiesen werden.

#### **Ratgeber**

## Praxischefs fragen – die Expertin antwortet

**DIE FRAGE:** Kann man einen Arzt vor Patienten kritisieren, der oft mit fehlerhaften Diagnosen an uns überweist?

#### **Die Situation:**

Praxischefin Frau Schmidt berichtet: "Unsere Patientin, Frau Michel, war mit Rückenschmerzen bei ihrem Hausarzt, Dr. Born. Der hat eine Verordnung ausgestellt auf der nur "HWS" steht. Dr. Born überweist öfter Patienten auf diese Art an uns. Als mein Kollege dann gesehen hat, dass Frau Michels Beschwerden eigentlich an einem Beckenschiefstand und einer BWS-Problematik liegen, meinte er: "Das ist ja typisch! Der Born macht nie vernünftige Diagnostik, schreibt HWS auf und übersieht die eigentliche Ursache. Sie haben einen Beckenschiefstand, da müssen wir ansetzen." Er hat ja Recht, aber Frau Michel guckte so komisch und hat mich dann darauf angesprochen."

#### **Der Mechanismus:**

Patienten vertrauen dem Urteil eines Arztes oder Therapeuten und können deren fachliche Qualität kaum einschätzen. Fallen widersprüchliche medizinische Aussagen, führt das schnell zu Verunsicherung des Patienten. Zweifel an der Kompetenz der medizinischen Fachleute entstehen. So kann der Patient das Gefühl bekommen, der zweifelnde Therapeut würde gerade seine Kompetenzen überschreiten. Oder aber, der Patient kann sich selbst stark verunsichert fühlen, da durch die Zweifel sein eigener Selbstwert gestört wird. Schließlich hat er nicht gemerkt, dass einer seiner Behandler wohl nicht besonders fähig ist.

Der Patient hat nun (außer dem Einholen einer dritten Meinung) zwei Möglichkeiten, um sein Sicherheitsgefühl wieder herzustellen:

- Annahme: Die Kritik des Therapeuten ist berechtigt. Konsequenz: Der Patient denkt: "Ich muss den Arzt wechseln".
- Annahme: Die Kritik des Therapeuten ist unberechtigt.

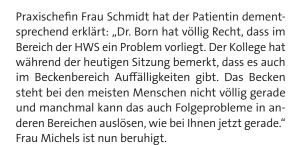
**Schlussfolgerung:** Der Patient denkt: "Ich werde hier nicht die Behandlung bekommen, die ich benötige".

Konsequenz: "Ich muss den Therapeuten wechseln".

Beide Ansätze schaden dem Therapeuten. Entweder er gefährdet die Beziehung zum überweisenden Arzt – oder er gefährdet die Beziehung zum Patienten. Zudem sollte man bedenken, dass der Arzt von der Kritik an seiner fachlichen Kompetenz erfährt. Das passiert schneller als man denkt. Er wird dann sicherlich nicht mehr gut auf die Therapiepraxis zu sprechen sein und womöglich die Patienten dementsprechend umleiten.

#### Die Lösung:

Das Vertrauen der Patienten in Ärzte und Therapeuten sollte gefördert werden. Es ist die Grundlage jeder guten Therapeut-Patient-Beziehung und damit auch des Therapieerfolges. Fehlerhafte und unklare Diagnosen werden immer wieder vorkommen. Ändern Sie die Bedeutung der Diagnose: sie ist auch richtig, aber es gibt noch mehr Aspekte. Sprechen Sie aus, dass der Arzt ein Problem erkannt hat (was ja stimmt). Sagen Sie, dass Ihnen hier und heute noch zusätzlich etwas aufgefallen ist. So etwas kann öfter vorkommen, manchmal Probleme bereiten und sollte mitbehandelt werden. Das reduziert die wahrnehmbare Kritik am Arzt - hier und heute kann es ja anders sein als neulich. Außerdem mindert es die Besorgnis beim Patienten: das gibt es öfter, nur manchmal - nämlich hier und jetzt - macht es Probleme.



Falls es erforderlich ist, die Verordnung ändern zu lassen, kann nun die direkte Rücksprache mit dem Arzt erfolgen. Oder der Patient kann gebeten werden, nochmals mit dem Arzt zu sprechen und dies zu überprüfen. Durch dieses Vorgehen wird die Beziehung zum Patienten gestärkt. Er nimmt wahr, dass alle beteiligten Behandler einer Meinung zu sein scheinen.

Sinnvollerweise vermeidet man also kritische Kommentare und negative nonverbale Signale – z.B. Augenverdrehen. So schützen Sie die Patienten- und die Arztbeziehung."

Dr. Anke Handrock



Dr. Anke Handrock
Coaching & Training
Boumannstraße 32
13467 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 365 10 76
Mobil: 0178-714 89 01
E-Mail: info@handrock.de
www.handrock.de

#### Werbe-Ideen für die Praxis

## **Kinderbetreuung als Patientenservice**

Der Termin beim Physiotherapeuten steht bevor, doch der Babysitter hat keine Zeit. Sich mit einem ungeduldigen Kind auf die Behandlung zu konzentrieren, ist kein Vergnügen für alle Beteiligten. Das hat auch die Münchner Osteopathin Angelika Nichtlerkannt und bietet in ihrer Praxis kostenlose Kinderbetreuung an.

Entstanden ist die Idee, als Angelika Nichtl selbst schwanger war, aber auch nach der Geburt weiter in ihrem Job arbeiten wollte. Anfangs spukte der Gedanke nur in ihrem Kopf herum, zumal sie eine große Praxis mit vielen Mitarbeitern führte. Dort war an eine Umsetzung nicht zu denken, obwohl es auch damals schon das Problem gab, wenn Frauen mit ihren Säuglingen zur Therapie kamen – eine Belastung sowohl für die jungen Mütter als auch für die Therapeuten.

#### Kinderzimmer in der Praxis

Diesen Spagat wollte Angelika Nichtl auf jeden Fall vermeiden. Als sie im September 2010 ihre neuen Praxisräume in der Münchner Ludwigvorstadt eröffnete, realisierte sie ihre Idee und richtete einen der drei Behandlungsräume so ein, dass er auf die Bedürfnisse von Kleinkindern zugeschnitten war. Ein Hinterhof mit einer kleinen Wiese bietet die Möglichkeit, mit den Kindern ihrer Patientinnen im Sommer auch mal an die frische Luft zu gehen.

Angelika Nichtl, die vor 20 Jahren ihren Abschluss als Physiotherapeutin und 2002 eine Zusatzausbildung als Osteopathin abschloss, entwarf für ihre Kinderbetreuung einen Flyer, den sie bei den Ärzten verteilte, mit denen sie bereits zusammenarbeitete. "Allein mein Praxisstandort bietet die besten Voraussetzungen für einen solchen zusätzlichen Service", meint die 42-jährige Therapeutin, "neben der Frauenund Kinderklinik gibt es in unmittelbarer Nähe noch ein Hebammenzentrum".

#### Betreuung einmal pro Woche

Im Moment bietet sie die Kinderbetreuung nur einmal in der Woche an, aber sie möchte ihr Angebot noch ausbauen. Gedacht ist an zwei oder drei Vormittagen in der Woche, an denen sie ohnehin ihre anderthalbjährige Tochter mit in die Praxis nimmt. Derzeit übernimmt sie selbst die Rolle der Babysitterin der Kleinkinder, die in der Regel noch nicht einmal ein Jahr alt sind, während die Kollegin die Behandlung übernimmt. Aber auf Dauer denkt sie darüber nach, eine Betreuerin einzustellen, um wieder mehr therapieren zu können.

Kollegen, die gleichfalls das Betreuungsangebot umsetzen wollen, rät Angelika Nichtl, schon bei der Auswahl der Praxis auf die entsprechenden Räumlichkeiten zu achten. "Das Mobiliar muss für Säuglinge passen, denn im Alter zwischen einem halben und einem Jahr müssen auch mal Windel gewechselt werden."

In nächster Zeit will Nichtl die Werbetrommel wieder mehr rühren – nicht zuletzt mit ihrem Zusatzservice der kostenlosen Kinderbetreuung. (ks)

Kontakt:
Angelika Nichtl
GanzheitLicht
Praxis für Osteopathie
und Physiotherapie
Ringseisstraße 10a
80337 München
Tel.: 089-37940409
Mail: info@ganzheitlicht.de



## **Checkliste:**

## Fortbildung auf Punkte-Anerkennung prüfen

Fortbildungen, die von den Krankenkassenverbänden als "punktewürdig" anerkannt werden, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Hier haben wir für Sie eine Checkliste zusammengestellt, mit der Sie zum Beispiel beim Veranstalter nachprü-

fen können, ob wirklich alle Voraussetzungen für eine spätere Anerkennung gegeben sind. Alternativ nutzen Sie die Checkliste bei der Planung eigener Fortbildungsveranstaltungen.

1. Veranstaltungsart
<ul> <li>Fortbildung ist inhaltlich auf Therapie ausgerichtet?</li> <li>Maximal zehn Fortbildungspunkte je Tag?</li> <li>Bei Fach-Kongressen maximal sechs Fortbildungspunkte je Tag?</li> </ul>
2. Dozenten
<ul> <li>Entweder:</li> <li>Abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer?</li> <li>Mindestens 2-jährige Berufserfahrung?</li> <li>Oder:</li> <li>Abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet bzw. geeignete Berufsqualifikation?</li> <li>Mindestens 2-jährige Berufserfahrung?</li> <li>Oder:</li> </ul>
Wissenschaftliche T\u00e4tigkeit im Heilmittelbereich oder einem benachbarten Fachgebiet?
3. Inhalt  Entweder:
<ul> <li>Aktuelle Erkenntnisse der eigenen Disziplin mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich?</li> <li>Aussagefähige Literaturliste vorhanden?</li> <li>Mindestens ein Jahr eigene Erfahrung im Bereich der Fortbildungsinhalte?</li> <li>Oder:</li> </ul>
<ul> <li>Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild?</li> <li>Grundlagen schriftlich dargelegt?</li> <li>Aussagefähige Literaturliste vorhanden?</li> <li>Mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte?</li> </ul>
4. Teilnahmebescheinigung
<ul> <li>Ausweis der Unterrichtseinheiten (1 UE = 45 Minuten)?</li> <li>Ausweis der Fortbildungspunkte (1 FP = 1 UE)?</li> </ul>
5. Evaluation
☐ Schriftliche, anonymisierte Evaluation der Veranstaltung durch die Teilnehmer erfolgt?
6. Dokumentation
<ul> <li>Teilnehmerlisten 60 Monate verfügbar?</li> <li>Dozentenlisten 60 Monate verfügbar?</li> <li>Qualifikation des Dozenten (siehe Punkt 2) dokumentiert und 60 Monate verfügbar?</li> <li>Inhalt der Veranstaltung (siehe Punkt 3) dokumentiert und 60 Monate verfügbar?</li> <li>Evaluation der Veranstaltung (siehe Punkt 5) dokumentiert und 60 Monate verfügbar?</li> </ul>

## 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



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



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.	
Telefon	Faxnummer
E-Mail-Adresse	
Datum, Unterschrift:	
Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezweck Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten	

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-135 82 20



**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