12.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für up-premium plus Kunden:

Kostenerstattung für Privatpatienten

Viele Vereinbarungen in Berlin

Zukünftig Patienten besser mit Heilmitteln versorgt?

Es tat sich viel in Berlin, in dieser vorletzten Woche im November. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband einigten sich nicht nur auf die neuen Rahmenvorgaben für die bundesweiten Heilmittelausgaben der GKV in 2013. Zusätzlich wurden die überfälligen bundesweiten Praxisbesonderheiten sowie eine neue Diagnose-Liste für die Genehmigung zum langfristigen Heilmittelbedarf vorgestellt. Dafür wird es im kommenden Jahr geänderte Verordnungsvordrucke geben. Der Gemeinsame Bundesauschuss schließlich verabschiedete in seiner Plenumssitzung ein vergleichsweise unverbindliches Merkblatt zur Umsetzung der Genehmigungsverfahren für den langfristigen Heilmittelbedarf. Wir haben uns für Sie die Beschlüsse ganz genau angeschaut und alle Änderungen zusammengefasst.

Durch die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben sollen Patienten besser mit Heilmitteln versorgt werden.

Eigentlich wollte der Gesetzgeber die langfristige Versorgung mit Heilmitteln für chronisch Kranke vereinfachen, als er beim G-BA vor vielen Jahren anregte, die Heilmittel-Richtlinie so zu ändern, dass das Genehmigungsverfahren bei einem langfristigen Heilmittelbedarf vereinfacht würde. „Einfach" lief seither allerdings wenig für die Patienten. Zwar beinhaltete die Neufassung der HeilM-RL am 1.7.2011 eine entsprechende Regelung, aber die bewirkte aus „Zuständigkeitsgründen" des G-BA erst einmal gar nichts. Also wurde die Regelung aus der HeilM-RL vom Gesundheitsministerium in ein Gesetz übernommen und Anfang dieses Jahres mit dem Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet.

Doch wieder lief es für die Patienten schlecht. Viele Kassen verweigerten die Bearbeitung von Anträgen. Das lag unter anderem an einer internen Bearbeitungsanleitung für Anträge auf Langfristgenehmigung des GKV-Spitzenverbandes, die sich für Externe eher wie eine Genehmigungs-Verhinderungsliste liest.

Gleichzeitig hatten KBV und GKV-Spitzenverband noch ihre Hausaufgaben in Sachen „Bundesweiter Praxisbesonderheiten" zu machen. Denn mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes wurden die Vertragspartner gemäß §84 Abs. 8 Satz 3 ff. SGB V beauftragt, erstmals bis zum 30.9.2012 bundesweite Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §106 SGB V anzuerkennen sind. Der Honorarstreit zwischen Kassen und Ärzten machte dem Zeitplan einen Strich durch die Rechnung, so dass der Termin nicht gehalten werden konnte.

>>>

Aktuell

Amtsgericht Köpenick bestätigt
PKV muss Privatpreise nach der GebüTh zahlen 7

Zusatzleistungen
Das zahlt die Kasse 8

Schwerpunkt

KBV und GKV vereinbaren Rahmenvorgaben 2013
Zuschlag für Heilmittelumsatz in 2013 3

Vorab-Praxisbesonderheiten veröffentlicht
Bundeseinheitlicher Regress-Schutz durch neue Indikationsliste 4

G-BA beschließt Verfahren zur Langfristigen Genehmigung
Merkblatt soll Patienten schützen 5

Konzepte

Durch Musik und Tanz spielerisch die Sprache fördern
Logopädin bietet Frühförderkurse für Tagesmütter 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp
Verordnung außerhalb des Regelfalls 18

Tipps

Steuerspareffekte für Praxisinhaber
Reisekosten richtig ansetzen 20

@ www.up-aktuell.de

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

Kommentar

Chance vertan

Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstrukturgesetz den G-BA beauftragt, das Genehmigungsverfahren bei langfristigem Heilmittelbedarf in der Heilmittel-Richtlinie zu regeln. So steht im §32 Abs. 1a SGB V: „…Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach §92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6."

Statt nun aber „das Nähere" zu regeln, veröffentlicht der G-BA ein vergleichsweise unverbindliches Merkblatt, das ausdrücklich nicht Teil der Richtlinie ist. Faktisch hat der G-BA auch nicht wirklich etwas geregelt, sondern sich lediglich auf die Regeln bezogen, die KBV und GKV-Spitzenverband unter sich abgemacht haben.

Dieses Vorgehen ist doppelt falsch!

Zum einen ist dieses Merkblatt nicht vollständig. Es fehlt ein Hinweis auf die verpflichtende Angabe eines ICD-10-Codes auf einer Verordnung durch den Arzt. Zum anderen hat das Vorgehen des G-BA zum Ergebnis, dass das eigentlich verfahrenstechnisch vorgesehene Stellungnahmeverfahren, z. B. durch Fachärzte- und Heilmittelverbände, ausgehebelt worden ist. Die Begutachtung der Vereinbarungen durch die betroffenen Fachleute findet also einfach nicht statt.

Man kann also getrost zusammenfassen: Der G-BA hat in diesem Fall die gesetzlichen Rahmenvorgaben nicht umgesetzt. Und das, was er umgesetzt hat, ist unvollständig!

Patienten, niedergelassene Ärzte und Heilmittelerbringer müssen solche Unklarheiten in der täglichen Verordnungspraxis wie gewohnt ausbaden. Schade – hier hat der G-BA eine Chance vertan, Verbindlichkeit herzustellen.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner

>>> Fortsetzung Seite 1

Alles in einem Abwasch

Nachdem die Patientenvertreter im Juni 2012 mit dem Versuch gescheitert waren, ein verbindliches Merkblatt zum Genehmigungsverfahren durch den G-BA verabschieden zu lassen, kam jetzt Mitte November Bewegung in die Sache. Der GKV-Spitzenverband informierte in einem internen Rundschreiben seine Kassen über den Stand der Dinge und erklärte: „Aufgrund des mit dem Antragsverfahren nach §32 Abs. 1a SGB V verbundenen hohen bürokratischen Aufwands für Versicherte und Krankenkassen und der engen thematischen Verbindung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung haben sich KBV und GKV-Spitzenverband darauf verständigt, in einer Vereinbarung zu Praxisbesonderheiten den langfristigen Heilmittelbedarf nach §32 Abs. 1a SGB V mit zu berücksichtigen." Im Klartext heißt das, zwei unterschiedliche Angelegenheiten (Praxisbesonderheiten und langfristiger Heilmittelbedarf) wurden in einen Topf geworfen und kräftig umgerührt.

Das Ergebnis des Süppchens ist nun die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach §84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß §32 Abs. 1a SGB V", die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband jetzt abgeschlossen wurde.

Die Vereinbarung stellt klar, dass Verordnungen für den langfristigen Heilmittelbedarf grundsätzlich unter den Begriff der Praxisbesonderheit fallen. Um den gesetzlichen Vorgaben zu genügen, stellten die Vertragspartner zwei Diagnose-Listen zusammen, die als Anlage der Vereinbarung beigefügt sind; jeweils eine für die Diagnosen, die zukünftige bundesweit als Praxisbesonderheiten gelten (Anlage 1) und eine für Diagnose mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2). Damit ein Arzt aus beiden Listen extrabudgetär verordnen kann, wurden den Diagnosen die jeweiligen ICD-10-Codes plus Diagnosengruppen zugeordnet. Ab dem 1.1.2013 müssen Ärzte nun den ICD-10-Code auf Verordnungen notieren, die als Praxisbesonderheit und/oder als langfristiger Heilmittelbedarf gelten.

Hier gab es bereits im Vorfeld Unklarheiten, denn der GKV-Spitzenverband hatte in oben genannten Rundschreiben erklärt: „In diesem Zusammenhang ist beginnend ab dem 1.1.2013 auf sämtlichen Heilmittelverordnungen die Angabe der ICD-10 verschlüsselten endstelligen Diagnose verpflichtend vom Vertragsarzt anzugeben (in einem Übergangszeitraum im 1. Quartal 2013 ggf. auch handschriftlich)." So klein das Wörtchen

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), Christian Beneker (ben); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: R. Kneschke (1), Butch (6), Africa Studio (7), T. Siepann (10), VRD (12), nyul (13), sdenness (16), yamix (20), racamani (23); Privat (17, 21), Logopädie am Zoo (17), fotostudio-charlottenburg (22)

„sämtliche“ auch ist, so groß wären seine Auswirkungen auf die Heilmittelbranche. Doch Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, winkte auf Nachfrage ab. Die Codierung beträfe ausschließlich Verordnungen, die nach der Anlage 1 und 2 indiziert wären. Ab dem 1.1.2013 gelten nun also die beiden Diagnose-Listen und geänderte, neue Verordnungsvordrucke. Einen detaillierten Bericht zu den einzelnen Punkten lesen Sie jeweils auf Seite 4 und 5.

Patientenvertretung war unzufrieden

In der Sitzung des G-BA am 22.11.2012 in Berlin waren Kassen, unparteiischer Vorsitzender und KBV voll des Lobes über die erfolgreiche Erarbeitung der Liste der Praxisbesonderheiten und der Diagnosen, die für eine langfristige Befreiung in Frage kommen. Die Patientenvertreter dagegen waren nicht ganz so euphorisch. Denn das, was der Gesetzgeber dem G-BA als Aufgabe zugewiesen hat, haben KBV und GKV-Spitzenverband einfach unter sich geregelt.

So blieb dem Plenum des G-BA denn nur die Aufgabe übrig, ein zusätzliches Merkblatt des G-BA zur „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach §32 Abs.1a SGB V in Verbindung mit §8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“ zu beschließen. Dieses Merkblatt soll Klarheit für alle Beteiligten in Sachen Antragverfahren und Genehmigung bringen. Die Patientenvertreter äußerten recht offen ihren Unmut darüber, dass das von ihnen schon im Juni angeregte Merkblatt nicht als Anlage zur Heilmittel-Richtlinie veröffentlicht wird, sondern „nur so“ als konsentierte Meinung des G-BA. Damit bleibt dies Merkblatt praktisch ohne rechtsverbindliche Wirkung. Trotzdem stimmten sie dem Beschluss zu – besser weniger verbindlich, als gar nichts, lautete die Begründung.

Last but not least wurden die Rahmenvorgaben für die bundesweiten Heilmittelausgaben der GKV in 2013 verabschiedet. Für Heilmittelerbringer mit einem positiven Ergebnis. Einen ausführlichen Bericht lesen Sie dazu unten. *(ko/bu)*

KBV und GKV vereinbaren Rahmenvorgaben 2013

Zuschlag für Heilmittelumsatz in 2013

Die Rahmenvorgaben für die bundesweiten Heilmittelausgaben der GKV in 2013 sehen das Anheben des Heilmittelbudgets auf die tatsächlichen Heilmittelumsätze des Jahres 2011 vor. Das haben jetzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband in Berlin vereinbart. Dadurch soll sich die Regressgefahr für niedergelassene Ärzte verringern. Für Heilmittelerbringer bedeutet das vermutlich einen leichten Zuwachs für 2013.

Die Heilmittelausgaben für das kommende Jahr werden jeweils im Herbst zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass zwischen KBV und GKV-Spitzenverband in sogenannten Rahmenempfehlungen auf Bundesebene festgelegt werden muss, wie auf Landesebene zwischen den jeweiligen KVen und Kassen eine Heilmittelvereinbarung geschlossen werden soll. Dabei müssen die Änderungen bei der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigt werden.

Durch das Versorgungsstrukturgesetz sind der langfristige Behandlungsbedarf und die Vorab-Praxisbesonderheiten dazu gekommen. Das haben die Vertragspartner GKV und KBV zum Anlass genommen, die Heilmittelbudgets auf Bundesebenen neu zu strukturieren.

Kassen und KBV haben vereinbart, dass sich die Rahmenvorgaben für die Heilmittelumsätze 2013 an den tatsächlichen Ausgaben für Heilmittel im Jahr 2011 orientieren sollen. Das ist eine gute Nachricht für alle KVen, die bisher regelmäßig die vereinbarten Heilmittelausgabenvolumen überschritten haben. „In den Rahmenvorgaben haben wir festgelegt, dass für alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), welche das vereinbarte Ausgabenvolumen 2011 überschritten haben, ihre tatsächlichen Ausgaben als neues Volumen für 2013 angesetzt werden“, erläuterte Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand der KBV, in Berlin. Für KVen, die ihr Volumen 2011 unterschritten haben, gilt für 2013 das für das Jahr 2012 vereinbarte Volumen.

Gut ist dieses Verfahren also vor allem für diejenigen KVen, die seit Jahren über ihre Verhältnisse gelebt haben. Sprich, in denen stets mehr Heilmittel verordnet wurden, als im Budget vorgesehen. Da sich diese Heilmittelausgabenbudgets Jahr für Jahr immer weniger erhöhten als die tatsächlichen Ausgaben waren, stieg die Differenz zwischen Plan und Ist. Das Regressrisiko für die betreffenden KVen nahm stetig zu. Durch die Orientierung an den tatsächlichen Verordnungskosten 2011 wird dieses Problem nun beseitigt.

Auf der Ebene der Landes-KVen dürfen auf diesen Vorgaben aufbauend die jeweiligen regionalen Besonderheiten noch zusätzlich berücksichtigt werden. Das sind Veränderung bei der Zahl und Altersstruktur der Versicherten, Veränderungen der Preise sowie Veränderungen aufgrund von regionalen Zielvereinbarungen. Wir werden berichten, sobald die jeweiligen KVen ihre regionalen Heilmittelvereinbarungen mit den Kassen verhandelt haben. *(bu)*

up-premium plus

Die Rahmenvorgaben 2013 können Sie als ***up-premium plus***-Kunde bei der *up*-Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

Die Rahmenvorgaben 2013 findet man auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de).

Vorab-Praxisbesonderheiten veröffentlicht

Bundeseinheitlicher Regress-Schutz durch neue Indikationsliste

Seit Januar 2012 sind bundeseinheitliche Vorab-Praxisbesonderheiten gesetzlich vorgeschrieben. Seit September 2012 sollten sie vereinbart sein. Mit einigen Wochen Verspätung ist jetzt die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Regelung umgesetzt worden. Ab dem 1. Januar 2013 gilt eine Liste mit Indikationen für Heilmitteltherapie. Ärzte können dann verordnen, ohne dafür in Regress genommen zu werden. Dafür sind allerdings neue Verordnungs-Vordrucke nötig.

Mit einer Ergänzung des §84 SGB V hatte der Gesetzgeber Anfang des Jahres die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, eine Vereinbarung über die sogenannten Vorab-Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln abzuschließen, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §106 SGB V (Heilmittel-Regress) als „besonders" anzuerkennen sind und damit aus dem Budget fallen. Dieser Verpflichtung kamen nun GKV-Spitzenverband und KBV in einer „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten" nach.

Als Anlage 1 zu der Vereinbarung findet sich eine Liste mit ICD-codierten Diagnosen, die in Verbindung mit der dazu passenden Diagnosengruppe je Heilmittel-Fachrichtung eine Praxisbesonderheit darstellen. Zum Teil sind für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten weitere Nebenbedingungen (zum Beispiel „längstens ein Jahr nach Akutereignis") definiert.

Damit eine Verordnung als Vorab-Praxisbesonderheit anerkannt wird, muss der Arzt ab dem 1.1.2013 auf der Verordnung den ICD-10-Code notieren. Dies darf auch handschriftlich erfolgen, solange es noch keine neuen Verordnungsformulare gibt, die mit einem entsprechenden ICD-10-Codierungsfeld ausgestattet sind. Ab dem 1.4.2013 sollen alle Arztpraxen mit neuen Verordnungsformularen ausgestattet sein. Ein handschriftliches Ausfüllen ist dann nicht mehr gestattet.

Die ICD-10-Codierung gilt ausschließlich für Verordnungen, die als Vorab-Praxisbesonderheit anerkannt werden und aus dem Budget des Arztes herausfallen. Für alle anderen Verordnungen gibt es keine Codierungspflicht, betont der Vorsitzende des G-BA Josef Hecken:„ Die Codierungspflicht bezieht sich nur auf Verordnungen, die als Praxisbesonderheit anerkannt werden sollen... Wir legen hier keine neue Codierrichtlinie auf!" Interne Schreiben des GKV-Spitzverbandes lesen sich allerdings anders. Dort heißt es: „In diesem Zusammenhang ist beginnend ab dem 1.1.2013 auf sämtlichen Heilmittelverordnungen die Angabe der ICD-10 verschlüsselten endstelligen Diagnose verpflichtend vom Vertragsarzt anzugeben." Man darf gespannt sein, wie sich das ab Januar in der Praxis auswirken wird.

Heilmittelerbringer können Verordnungen ohne ICD-10-Codierung selbstverständlich annehmen und abrechnen. Kürzungen von Kassen wegen eines fehlenden ICD-10-Codes muss sich niemand gefallen lassen, denn die Angabe von Codes ist (jedenfalls vorerst) nicht Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie und beeinflusst damit auch nicht die Gültigkeit einer Verordnung.

Mit der neuen Regelung werden die niedergelassenen Ärzte durch die Angabe eines ICD-10-Codes auf der Liste der Praxisbesonderheiten eine Verordnung definitiv als extrabudgetär markieren können. *(bu)*

up-premium plus

up-premium plus-Kunden können die Liste der Vorab-Praxisbesonderheiten als PDF-Datei kostenlos bei der *up*-Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

Ab dem 1.1.2013 gilt die neue Diagnosenliste für Praxisbesonderheiten bundesweit. Ärzte müssen dann den ICD-10-Code auf dem Rezept notieren.

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD–10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			
		Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
Erkrankungen des Nervensystems					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	EN1 / EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/ SP4/ SP5/ RE1/RE2 / SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
	Bösartige Neubildungen der Meningen				
C70.0	Hirnhäute				
C70.1	Rückenmarkhäute				
C70.9	Meningen, nicht näher bezeichnet				
	Bösartige Neubildung des Gehirns				
C71.0	Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Inkl.: Supratentoriell o.n.A.				
C71.1	Frontallappen				
C71.2	Temporallappen				
C71.3	Parietallappen				
C71.4	Okzipitallappen				
C71.5	Hirnventrikel, Exkl.:IV. Ventrikel (C71.7)				
C71.6	Zerebellum				
C71.7	Hirnstamm, Inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV. Ventrikel	ZN1 / ZN2 SO1 / SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1/ RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C71.8	Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				
C71.9	Gehirn, nicht näher bezeichnet				

G-BA beschließt Verfahren zur langfristigen Genehmigung

Merkblatt soll Patienten schützen

Mit Hilfe eines neuen Merkblattes können sich Patienten, Ärzte und Heilmittelerbringer künftig über die Voraussetzungen einer Genehmigung für langfristige Heilmittelbehandlungen durch die Krankenkassen informieren. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 22.11.2012 beschlossen. Damit sollen nun alle offenen Fragen zu diesem Thema geklärt sein. In ungefähr zwei Jahren will der G-BA prüfen, ob das Merkblatt funktioniert hat.

„Patienten wurden bisher zwischen Krankenkasse und Arzt zerrieben", fasste Dr. Siiri Ann Doka, Patientenvertreterin im G-BA, die Situation von Versicherten, die eine langfristige Heilmitteltherapie benötigen, zutreffend zusammen. Das lag bisher unter anderem daran, dass der GKV-Spitzenverband eine interne Begutachtungsanleitung für Anträge auf Langfristgenehmigung herausgegeben hatte, die sich für Externe eher wie eine Genehmigungs-Verhinderungsliste las. Doch jetzt soll alles besser werden, gelobten die Krankenkassen im G-BA und kündigten an, diese Begutachtungsanleitung zukünftig nicht mehr einsetzen zu wollen.

Diagnoseliste beschlossen

Stattdessen verabredeten GKV-Spitzenverband und KBV in einer „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V" eine „Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V" (Anlage 2). In der siebenseitigen Liste werden Heilmittelverordnungen, die zukünftig als langfristiger Heilmittelbedarf angesehen und damit extrabudgetär verordnet werden können, durch ICD-10-Code und Diagnosengruppe identifiziert.

Um für Patienten, Krankenkassen, Ärzte und Therapeuten endlich Klarheit zu schaffen, verabschiedete der G-BA (auf Initiative der Patientenvertreter) zusätzlich ein Merkblatt, das die verschiedenen Wege zur langfristigen Genehmigung erläutert. Es wird daraufhin gewiesen, dass langfristig genehmigte Heilmittel grundsätzlich nicht Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sind (also extrabudgetär verordnet werden können). Zudem werden die Möglichkeiten des Antragsverfahren und der Genehmigung beschrieben.

Drei Wege führen zur extrabudgetären Verordnung:

1. Krankenkassen, die auf die Genehmigungspflicht verzichtet haben: Wenn Krankenkassen auf die Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichtet haben und der Arzt auf der Verordnung eine Diagnose plus Diagnosengruppe aus der Anlage 2 notiert, dann gilt die Verordnung automatisch und ohne weitere Formalitäten als langfristig genehmigt und ist extrabudgetär. Ein Antrag muss nicht gestellt werden.
2. Krankenkassen, die das Genehmigungsverfahren durchführen: Die Patienten können mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls, auf der die entsprechende Diagnose plus Diagnosengruppe aus der Anlage 2 notiert wurde, einen entsprechenden Antrag bei der Kasse stellen.
3. Auch für Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit anderen Diagnosen kann ein Patient wie gehabt einen Antrag stellen. Solche Anträge sollen dann genehmigt werden, wenn Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigung mit den in der Anlage 2 aufgeführten Diagnosen vergleichbar ist.

Ein Antrag der Patienten soll Name, Anschrift, Versichertennummer, bekannte Diagnosen, Pflegestufe oder das Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises enthalten. Außerdem sollte der Zeitraum benannt werden, seitdem eine regelmäßige Heilmittelbehandlung in Anspruch genommen wird. (Hinweis: Entsprechende Antragsvordrucke können Sie bei der Hotline anfordern). Sobald ein Antrag gestellt worden ist, kann wie gehabt mit der Therapie begonnen werden – und zwar solange, bis der Antrag genehmigt oder abgelehnt wird. Wird ein Antrag abgelehnt, gelten die üblichen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie.

In dem Merkblatt steht leider nicht explizit, dass der Arzt auf der Verordnung zwingend die ICD-10-Codierung eintragen muss, damit diese entsprechend extrabudgetär gewertet wird. Das ist allerdings nach der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel zwingend der Fall.

Geteilte Freude

Das Merkblatt hilft zwar an einigen Stellen, das Verfahren zur langfristigen Genehmigung besser zu verstehen, bleibt aber deutlich hinter den selbst gesteckten Zielen zurück. Zudem stellt es Patienten an einer Stelle schlechter als vorher. Denn bisher wurde unterschieden zwischen dem Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und dem Genehmigungsverfahren für den langfristigen Heilmittelbedarf. Beide Verfahren sind jetzt in einem Merkblatt zusammengeführt worden. Patienten werden sich also sehr genau überlegen müssen, ob sie einen Antrag auf langfristige Genehmigung stellen. Denn bei Ablehnung hört die Therapie sofort und für diesen Behandlungsfall auf und kann frühestens 12 Wochen später wieder aufgenommen werden.

Die Patientenvertreterin regte an, man möge in sechs Monaten überprüfen, ob das Merkblatt entsprechende Wirkung entfalte. Sogleich wurde sie allerdings vom GKV-Vertreter darauf aufmerksam gemacht, dass so eine Evaluation frühestens nach einem Jahr stattfinden könne, da die Diagnoselisten ja für zwei Jahre mit der KBV vereinbart seien. Ergebnis: Es wird zu einem späteren, unbestimmten Zeitpunkt überprüft, ob sich das Merkblatt im Versorgungsalltag bewährt hat. *(bu)*

up-premium plus

Das Merkblatt des G-BA kann man auf der Internetseite *www.g-ba.de* herunterladen oder Sie lassen sich als ***up-premium plus***-Kunde die Datei bei der *up*-Hotline unter 0800-9477360 per E-Mail zusenden.

Abschaffung der Praxisgebühr = keine Honorarerhöhung für Physiotherapeuten?

Die Praxisgebühr ist abgeschafft. Ab dem 1. Januar 2013 können Patienten den 10-Euro-Aufschlag im Portemonnaie stecken lassen, so will es die Bundesregierung. Das heißt allerdings nicht, dass damit auch die Zuzahlungen für Heilmittel wegfallen. Ganz im Gegenteil wirkt sich die Abschaffung jetzt offenbar auf die Honorare von Therapeuten aus.

Dem Bundesgesundheitsminister war die Praxisgebühr schon lange ein Dorn im Auge. Sie habe ihren Zweck nicht erfüllt und sei nur ein Ärgernis für Arztpraxen und Patienten, äußerte sich Bahr in einem Interview mit der Ärzte-Zeitung. Allerdings – die Eigenbeteiligungen wolle er nicht infrage stellen, denn diese seien sinnvoll und würden Kostentransparenz schaffen.

Stellt sich die Frage, wieso Zuzahlungen nicht ebenso ein Ärgernis sind wie die Praxisgebühr? Und – wie genau sie für Kostentransparenz sorgen sollen? Patienten werden wohl kaum durch eine pauschale Eigenbeteiligung von zehn Euro Verordnungsblattgebühr erkennen, wie viel ihre Behandlung kostet. Geht es wohl also gar nicht um die Abschaffung von Ärgernissen, sondern um ein frühzeitiges Wahlgeschenk an die Ärzte?

Therapeuten schauen dabei doppelt in die Röhre. Ihr Ärgernis „Zuzahlung“ bleibt bestehen und die Abschaffung des Ärgernisses „Praxisgebühr“ sorgt zeitgleich für die Anschaffung eines neuen Ärgernisses, wie der IFK jetzt auf seiner Webseite meldet: Die geführten Verhandlungen mit dem vdek über Vergütungserhöhungen seien aufgrund der Abschaffung der Praxisgebühr gescheitert. Die Kassen beriefen sich auf hohe Belastungen, die durch den Wegfall der Praxisgebühr im nächsten Jahr und Entnahmen im Gesundheitsfonds in Milliardenhöhe entstehen würden.

Das Bundesgesundheitsministerium schafft also die Praxisgebühr ab, um die Ärzte milde zu stimmen, und erreicht damit, dass sich die Krankenkassen wie die Geier auf ein neues Argument stürzen, um eine Honorarerhöhung für Physiotherapeuten zu verhindern.

Ein ausgezeichneter Anlass für alle Verbände, um sich gemeinsam bei Herrn Bahr über die Auswirkungen der Praxisgebühr auf Heilmittelebringer zu beschweren. In Hinblick auf das kommende Wahljahr – eine durchaus erfolgsversprechende Möglichkeit. Und auch alle Praxischefs können etwas tun. Hängen Sie doch einfach ein Plakat in Ihre Praxis, auf dem Sie die Patienten über die Konsequenzen der Abschaffung aufklären. Denn auch Patienten sind Wähler. *(ko)*

Kassen geben jährlich knapp 4.000 Euro pro Patient aus

Mehr Heilmittel als Ritalin

Knapp 4.000 Euro zahlen die Krankenkassen jährlich für einen ADHS-Patienten. Fast die Hälfte der Ausgaben fallen dabei auf Verhaltenstherapie und Heilmittel. Nur zwölf Prozent werden für Arzneimittel ausgegeben. Das ergab eine aktuelle Studie, die in Kürze im „European Journal of Health Economics“ veröffentlicht werden soll.

Für die Untersuchung hat das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) in Kooperation mit der Leibniz Universität Hannover und der Universität Bielefeld die Daten von über 30.000 ADHS-Patienten zwischen sechs und 18 Jahren, die bei der TK von 2006 bis 2008 versichert waren, ausgewertet. Das Ergebnis: Mit 44 Prozent macht Verhaltenstherapie und Heilmittel wie Ergotherapie den größten Ausgabenposten in der Behandlung von ADHS-Kindern aus, heißt es in einer TK-Pressemitteilung. „Dafür geben die Kassen pro Jahr und Patient durchschnittlich 1.704 Euro aus“, berichtet Studienleiter Professor Dr. Roland Linder. Insgesamt belaufen sich die Ausgaben pro ADHS-Patient und Jahr auf 3.888 Euro – 2.902 Euro mehr als für ein Kind ohne die Diagnose.

Nach den Therapien folgen die Ausgaben für ambulante Behandlung (22 Prozent) und stationäre Versorgung (21 Prozent). „Für die Arzneimittel belaufen sich die durchschnittlichen Kosten pro Jahr und Kopf auf 483 Euro“, so Linder. „Das entspricht nur zwölf Prozent der Gesamtausgaben.“

Ferner ergab die Studie, dass Kinder mit ADHS überdurchschnittlich häufig an Begleiterkrankungen leiden, wie die höheren Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich zeigten. *(ks)*

Amtsgericht Köpenick bestätigt

PKV muss Privatpreise nach der GebüTh zahlen

Die Berechnung einer Heilmitteltherapie mit dem 2,3-fachen des vdek-Satzes gemäß der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) ist rechtens und muss von der PKV gezahlt werden. Das bestätigt jetzt ein aktuelles Urteil aus Berlin. Die PKV hatte den Erstattungsanspruch eines Patienten mit dem Hinweis auf die beihilfefähigen Höchstsätze gekürzt. Zu Unrecht, urteilte das Amtsgericht Köpenick.

Immer wieder gibt es Schwierigkeiten, weil die Privaten Krankenversicherungen (PKV) sich nicht an geltendes Recht halten. Den Patienten bleibt nichts anderes übrig, als vor Gericht ihren Anspruch auf vollständige Kostenerstattung von Heilmittelhonoraren zu erkämpfen. Im aktuellen Fall zog ein Patient vor Gericht, der selbst von Beruf Physiotherapeut ist und sich deswegen besonders auskennt.

Der Fall ist schnell geschildert: Der Patient hatte Rechnungen in Höhe von 8.250 Euro bei seiner Physiotherapiepraxis bezahlt, von der PKV jedoch nur 6.372 Euro erstattet bekommen. Als Begründung für diese Kürzung nannte die PKV folgende Punkte:

1. Per Brief habe man dem Patienten schon lange vorher mitgeteilt, bis zu welcher Höhe man in Zukunft die Honorarrechnungen von Heilmittelerbringern bezahlen werde.
2. Man orientiere sich generell an den beihilfefähigen Höchstsätzen zuzüglich 20 Prozent, denn der überwiegende Teil der Physiotherapeuten orientiere sich bei der Preisgestaltung an genau diesen Sätzen.
3. Beim Fehlen einer amtlichen Gebührenordnung würde das Gesetz eben nur die übliche Vergütung als Entlohnung vorsehen. Daran würde man sich orientieren.

Das sind alles wohlbekannte Argumente, die bundesweit von Vertretern der PKV vorgetragen werden. Trotzdem sind diese Argumente rechtlich nicht haltbar. Das befand auch das Amtsgericht und urteilte eindeutig.

Die Versicherungsbedingungen der PKV sähen keine Beschränkung der Versicherungsleistung auf bestimmte Höchstsätze für physiotherapeutische Leistungen vor. Dass die PKV nachträglich in einem Schreiben an den Patienten solche Höchstsätze festgelegt habe, ändere nicht den Vertrag zwischen Versichertem und PKV, wenn der Versicherte dieser Veränderung nicht ausdrücklich zugestimmt hat. Deswegen sei das Schreiben der PKV an den Versicherten in diesem Fall irrelevant.

Da nach Ansicht des Gerichts in diesem Fall eine Honorarvereinbarung gemäß §611 BGB zwischen dem Patienten und der Heilmittelpraxis vorlag, kam es auf die Ortsüblichkeit der Preise für die Frage der Erstattung gar nicht an: „Denn da sich aus den Tarifbedingungen des Versicherungsvertrages keine konkrete Leistungsbestimmung hinsichtlich der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen ergibt und insbesondere keine Beschränkung auf bestimmte Sätze oder eine Ortsüblichkeit, ist die Beklagte [PKV] aus ihrem allgemeinen Leistungsversprechen verpflichtet, den streitgegenständlichen Rechnungen zu Grunde liegenden 2,3-fachen Satz zu erstatten."

Das Amtsgericht Köpenick bestätigte, dass die Abrechnung nach der GebüTh rechtmäßig ist.

Zum Thema Ortsüblichkeit führt das Gericht aus: „Entgegen der Ansicht der Beklagten [PKV] findet §612 BGB hier keine Anwendung, so dass es nicht auf die Frage ankommt, ob die hier von der Therapeutin in Ansatz gebrachten Rechnungsbeträge den ortsüblichen Preisen für die entsprechenden physiotherapeutischen Leistungen entsprechen. Denn §612 BGB fände nur dann Anwendung, wenn das Vergütungshonorar zwischen den Vertragsparteien des Behandlungsvertrages nicht vertraglich vereinbart worden ist." *(bu)*

i Tipp

Dieses Urteil zeigt deutlich, dass die PKVen mit ihrem Versuch der Preisdrückerei durch das Beharren auf den beihilfefähigen Höchstsätzen vor Gericht unterliegen, wenn die Patienten denn bereit sind, vor Gericht zu ziehen UND wenn zwischen Praxis und Patient ein ordnungsgemäßer Vertrag geschlossen wurde. Die in der GebüTh beschriebenen Kalkulationsmuster (Kassensatz mit Faktor zwischen 1,4 und 2,3 multiplizieren) werden vom Gericht ausdrücklich als rechtens anerkannt.

Weitere Informationen zum Thema, sowie das Urteil zum Download finden Sie auch auf der Internet-Seite www.privatpreise.de.

up-premium plus

Für alle ***up-premium plus***-Kunden haben wir das Urteil als PDF-Datei abrufbar, welches Sie auf Wunsch kostenlos bei der *up*-Hotline 0800-9477360 anfordern können.

Zusatzleistungen

Das zahlt die Kasse

Durch das Versorgungsstrukturgesetz können die Krankenkassen seit Anfang des Jahres auch bisherige Nicht-Kassenleistungen erstatten, wie zum Beispiel die Kosten für Osteopathie. Heilmittelerbringer mit entsprechender Qualifikation können diese Leistung nun also mit der Kasse abrechnen. Doch welche Kasse bietet welche Leistung an? Die Stiftung Warentest testete in ihrer Zeitschrift Finanztest in der Ausgabe 12-2012 87 gesetzliche Krankenkassen.

36 von 87 Kassen beteiligen sich mittlerweile an den Kosten für Osteopathie. Aber auch andere Zusatzleistungen waren für den Test relevant, wie etwa die „Einmalige individuelle Beratung und Untersuchung beim Physiotherapeuten". Bislang hat allerdings nur die KKH Allianz diese Zusatzleistung im Programm. Wir geben Ihnen eine Übersicht, mit welcher Kasse Sie welche Leistungen abrechnen können. Die Tabelle wurde zur Verfügung gestellt von Stiftung Warentest. *(ko)*

NEUE ZUSATZANGEBOTE DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

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

Kasse	Osteopathie 1)	Alternative Arzneimittel	Extraleistungen bei Schwangerschaft und Entbindung	Weitere Extraleistungen	Kostenübernahme *10)*
Actimonda KK	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr, auch für Naturheilverfahren.
			✘		80 %, max. 100 Euro.
AOK Hessen					—
AOK Plus				✘	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Schwangere und für Kinder und Jugendliche (12 bis 18 Jahre).
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland					—
atlas BKK ahlmann	✘				80 %, max. sechsmal 65 Euro/Jahr.
		✘			Max. 120 Euro/Jahr.
				✘	Protrusionsschiene bei Schlafapnoe: abzüglich gesetzlichem Eigenanteil.
Audi BKK					—
Bahn-BKK	✘				
Big direkt gesund	✘				80 %, max. 400 Euro/Jahr.
BKK 24	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr .
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
BKK Achenbach Buschhütten	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
			✘		Max. 100 Euro für Vorsorgeleistungen, 50 Euro für Geburtsvorbereitung des Vaters. Hebammenrufbereitschaft: 80 %, max. 250 Euro.
BKK advita	✘				75 %, max. sechsmal 40 Euro/Jahr.
		✘			Bei bestimmten Krankheitsbildern: max. 50 Euro/Jahr. Mineralsalze nach Dr. Schüssler: max. 50 Euro/Jahr.
BKK ATU	✘ *6)*				Max. fünfmal 30 Euro/Jahr.
BKK Demag Krauss-Maffei	✘				90 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
BKK der Thüringer Energieversorgung	✘ *5)*				Bei bestimmten Krankheitsbildern: fünf Sitzungen/Jahr; Eigenanteil max. 30 Euro.
BKK Diakonie					—
BKK Dürkopp Adler	✘				90 %, max. sechsmal 65 Euro/Jahr.
		✘			Max. 120 Euro/Jahr.

→

Kasse	Osteopathie 1)	Alternative Arzneimittel	Extraleistungen bei Schwangerschaft und Entbindung	Weitere Extraleistungen	Kostenübernahme *10)*
BKK Essanelle	✘				90 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
BKK Euregio	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			75 %, max. 150 Euro/Jahr.
			✘		100 Euro für Vorsorgeleistungen, 85 Euro für Geburtsvorbereitung des Vaters, 50 Euro pH-Wert-Testhandschuhe.
BKK Freudenberg	✘				80 %, max. sechsmal 40 Euro/Jahr.
		✘			Max. 80 Euro/Jahr.
BKK Gildemeister Seidensticker	✘				Max. 280 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
BKK HMR	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
BKK IHV	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
BKK Melitta Plus	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
				✘	Protrusionsschiene bei Schlafapnoe: 80 % der Kosten, max. 800 Euro.
BKK Mobil Oil	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
BKK Scheufelen	✘				80 %, max. sechsmal 40 Euro/Jahr.
BKK VBU					——
BKK VDN	✘				80 %, max. dreimal 80 Euro/Jahr.
			✘		Max. 100 Euro, Hebammenrufbereitschaft: 80 %, max. 250 Euro.
				✘	Präventionskurse für Kinder unter 6 Jahren: max. 120 Euro/Jahr.
BKK VerbundPlus	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
BKK Vital					——
BKK vor Ort	✘				90 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
BKK Wirtschaft & Finanzen				✘	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Schwangere: max. 100 Euro.
				✘	Passive Bewegungsschiene für das Knie: für Zeitraum von 4 Wochen. 9)
BKK ZF & Partner	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
Brandenburgische BKK	✘				80 %, max. sechsmal 50 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
Energie-BKK	✘				90 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 120 Euro/Jahr.
				✘	Bestimmte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Schwangere: max. 60 Euro/Jahr.
Esso BKK	✘				50 %, max. 30 Euro/Sitzung und max. 150 Euro/Jahr.
			✘		80 %, max. 100 Euro/Jahr, auch für Geburtsvorbereitung des Vaters.

→

Kasse	Osteopathie 1)	Alternative Arzneimittel	Extraleistungen bei Schwangerschaft und Entbindung	Weitere Extraleistungen	Kostenübernahme *10)*
Heimat KK	✘				Max. 240 Euro/Jahr.
		✘			Max. 80 Euro/Jahr.
				✘	Individuelle Vorsorgeuntersuchungen: max. 80 Euro/Jahr.
HEK Hanseatische KK	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr. Naturheilverfahren: 70 %, max. 100 Euro.
		✘			70 %, max. 100 Euro/Jahr.
			✘		70 %, max. 100 Euro/Jahr, auch für Geburtsvorbereitung des Vaters.
				✘	Individuelle Vorsorgeuntersuchungen: 70 %, max. 100 Euro/Jahr.
				✘	Neurodermitis-Overall für Kinder bis 10 Jahre: zwei Anzüge/Jahr.
HVB BKK	✘ *5)*				In Bayern und Hamburg bei bestimmten Krankheitsbildern: 16 Sitzungen/Jahr.
IKK Brandenburg und Berlin					——
IKK Nord				✘	Intensivkuren, insbesondere für selbstständige Handwerker.
IKK Südwest					——
KKH-Allianz				✘	Einmalige individuelle Beratung und Untersuchung beim Physiotherapeuten.
Pronova BKK	✘				80 %, max. sechsmal 56 Euro/Jahr.
Salus BKK	✘				90 %, max. fünfmal 60 Euro/Jahr. Kinder: 100 %, max. fünfmal 50 Euro/Jahr.
SBK	✘				Max. sechsmal 30 Euro/Jahr.
Securvita BKK	✘ *5)*				Bundesweit: Osteopathie und Naturheilverfahren bei bestimmten Ärzten mit Kassenkarte. Zusätzlich in Bayern und Hamburg bei bestimmten Krankheitsbildern: 16 Sitzungen/Jahr.
Shell BKK/Life					——
TK Techniker KK	✘				80 %, max. sechsmal 60 Euro/Jahr.
		✘			Max. 100 Euro/Jahr.
				✘	Sportmedizinische Untersuchung und Beratung: alle zwei Jahre 80 %, max. 120 Euro.
Vereinigte BKK	✘				Max. sechsmal 40 Euro/Jahr.
		✘			Max. 80 Euro/Jahr.

© Stiftung Warentest

1) Therapeuten, Ärzte und Krankenhäuser müssen vorgegebene Qualifikationen erfüllen. 2) Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung beim Wunschzahnarzt. 3) Nach vorheriger Zustimmung der Kasse. 4) Wir führen den Zuschuss auch auf, wenn Patienten sich dafür in ein Bonusprogramm einschreiben und maximal eine Kontrolluntersuchung vorweisen müssen. Angebot unabhängig vom Versorgungsstrukturgesetz. 5) Angebot unabhängig vom Versorgungsstrukturgesetz. 6) Genehmigung der Aufsichtsbehörde steht noch aus. 7) Beide Partner müssen bei der Kasse versichert sein. 8) Bei 19- bis 24-Jährigen insgesamt 75 Prozent der Kosten. 9) Ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. 10) Versicherte bezahlen in der Regel selbst und erhalten nach Vorlage der Rechnungsoriginale die Kosten voll oder anteilig erstattet. 11) Behandlung bei nicht zugelassenen ambulanten Ärzten sieht die Satzung nicht vor. *Stand: 1. Oktober 2012*

© www.test.de/presse/bilder/bilder-cover-finanztest/?ft=bild&fd=cover-ft122012

Heilmittelbranche nutzt Marktpotential nicht aus

Deutsche geben viel Geld direkt für ihre Gesundheit aus

Haben Patienten eigentlich die Mittel, um für Zusatzleistungen, wie Elterncoachings, Trainingsabos, Wohlfühl- und Präventionsangebote Geld auszugeben? „Ja“, hat das Statistische Bundesamt in seiner Gesundheitsausgabeberechnung festgestellt: Patienten haben Geld und geben es für die Gesundheit aus! Allerdings nutzt die Heilmittelbranche dieses Potential nicht voll aus.

Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes berechnet Jahr für Jahr, wie viel Geld in Deutschland für das Gesundheitswesen ausgegeben wird. Und – noch viel wichtiger – woher das Geld kommt und an wen konkret das Geld ausgeben wird. Demnach haben Patienten in Deutschland im Jahr 2010 über 40 Milliarden Euro direkt an Leistungserbringer im Gesundheitswesen gezahlt – also ohne Umweg über Krankenversicherungen! Davon entfielen auf die Heilmittelerbringer etwas mehr als 1,7 Milliarden Euro.

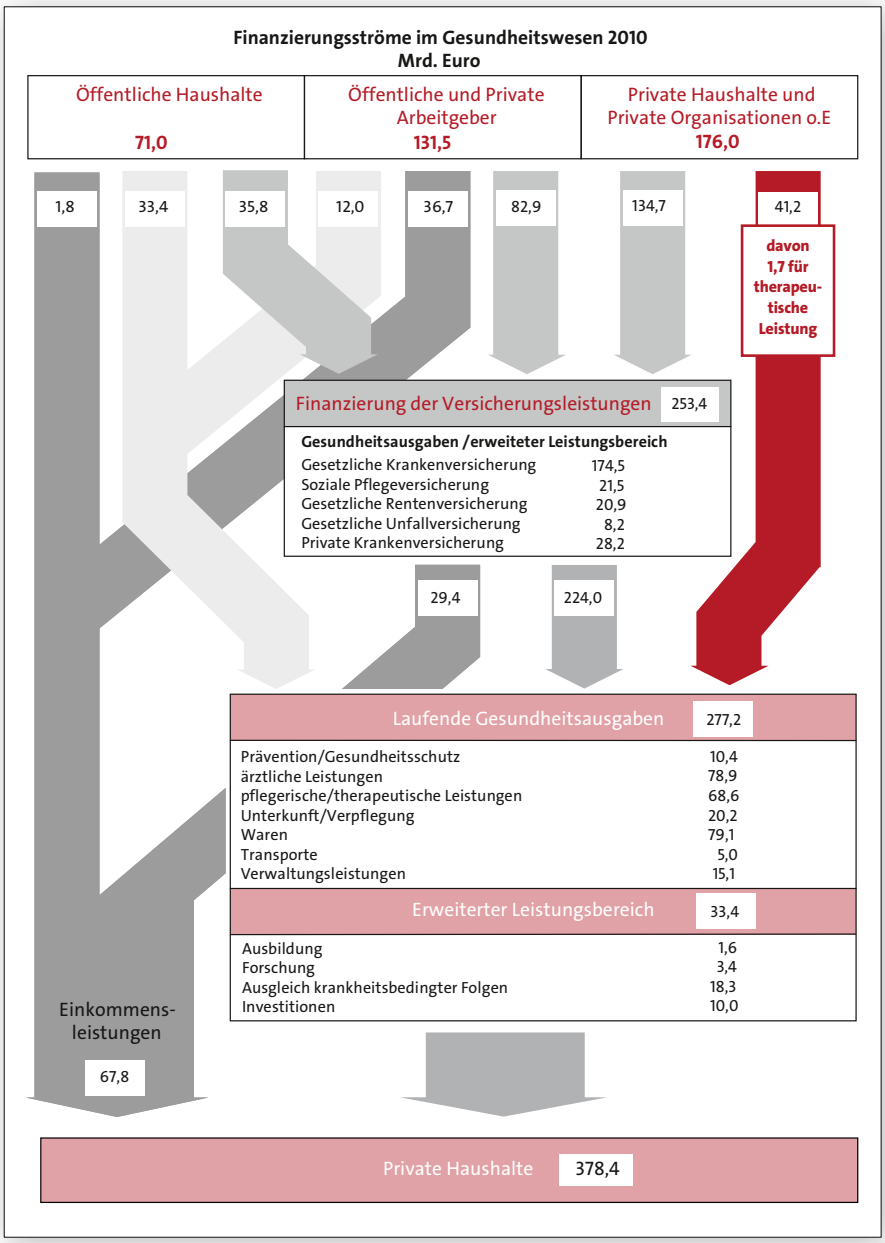
Zum Vergleich: Im Jahr 2010 haben die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) laut GKV-HIS insgesamt 4,4 Milliarden Euro Umsatz in allen deutschen Heilmittelpraxen gemacht. Im selben Zeitraum hat die PKV ihren Versicherten für 800 Millionen Euro Heilmittelkosten erstattet. Die Patienten in Deutschland haben also im Jahr 2010 insgesamt rund 900 Millionen Euro in Heilmittelleistungen investiert – und dabei wurden noch keine Eigenbeteiligungen in Höhe von rund 440 Millionen Euro berücksichtigt.

Wann immer man sich als Praxisinhaber also die Frage stellt, ob es Kunden/Patienten in Deutschland gibt, die Geld haben und auch bereit sind, es für die Gesundheit zu investieren, der kann sich diese Frage aufgrund der vorliegenden Daten ganz eindeutig mit „ja“ beantworten.

Das Geld ist vorhanden – bleibt nur die Frage offen, warum in 2010 nur rund 2,25 Prozent der direkten Patienten-Ausgaben für Gesundheitsleistungen an die Heilmittelbranche geflossen ist? Denn der Anteil der Heilmittelausgaben an den Gesamtausgaben der GKV betrug im Jahr 2010 rund 2,8 Prozent. Hätten die Heilmittelerbringer diesen Prozentsatz auch bei den direkten Ausgaben der Patienten für Gesundheitsleistungen erreicht, wären das immerhin 220 Millionen Euro mehr Umsatz im Jahr gewesen.

Hier hinken Heilmittelerbringer deutlich hinter dem Markt und den Marktchancen hinterher. Jetzt geht es darum, die Patienten davon zu überzeugen, das Geld in Zukunft nicht mehr in Operationen, Hilfsmittel und teure Medikamente zu stecken, sondern es dort zu investieren, wo es langfristig Erfolg bringt: in den Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen! *(bu)*

Patienten gaben 1,7 Milliarden Euro in 2012 direkt für Heilmittel aus.



© Statistisches Bundesamt

Bewertung der wirtschaftlichen Lage

Physiotherapeuten sind im Schnitt zufrieden

Die Zahl der selbständigen Freiberufler hat 2011 mit 1,14 Millionen einen neuen Höchststand erreicht. Nach der aktuellen Studie zur Lage der Freien Berufe in Deutschland lag die Zahl der freien Heilberufe bei 344.000, darunter 115.000 andere Heilberufe, zu denen auch Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden zählen. Ihre wirtschaftliche Lage beurteilten 58 Prozent der Physiotherapeuten 2011 als gut.

Die Studie, die das Institut für Freie Berufe (IFB), Nürnberg, im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie erstellt hat, zeigt die Entwicklung der Freien Berufe in den letzten zehn Jahren auf. Danach stieg die Zahl der selbständigen Freiberufler zwischen 2002 und 2011 um 62 Prozent. Zudem zeigte sich, dass der Anteil der Freien Berufe, die in Kammern organisiert sind, in diesem Zeitraum von 55,3 auf 42,8 Prozent zurückgegangen ist.

Etwa 35.000 selbständige Physiotherapeuten

Die Zahl der Selbständigen in Freien Berufen steigt seit vielen Jahren kontinuierlich an. Waren es im Jahr 2000 rund 705.000, wurde acht Jahre später erstmals die Marke von einer Million selbständigen Freiberuflern in Deutschland durchbrochen. Der Trend setzt sich seitdem weiterhin fort und erreichte 2011 mit 1,14 Millionen ein Rekordhoch. Darunter gibt es etwa 35.000 selbständige Physiotherapeuten, 31.000 Heilpraktiker, knapp 5.000 Logopäden und etwa 21.000 Selbstständige in anderen Heilberufen. Insgesamt stieg die Zahl der anderen freien Heilberufe einschließlich der Psychotherapeuten von knapp 54.000 im Jahre 2000 auf 135.000.

Auch als Arbeitgeber konnten die Freien Berufe besonders im Gesundheits- und Veterinärwesen erneut zulegen: Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten (inklusive Auszubildende) stieg von rund 788.000 im Jahr 2002 auf zuletzt über 890.000. Die Befragung ergab weiter, dass die Freien Berufe immer noch sehr stark von Einzelunternehmen geprägt sind: 85 Prozent aller befragten Physiotherapeuten gaben nur einen Partner, also sich selbst, an, 12 Prozent arbeiten zu zweit, drei Prozent in einer Praxis mit drei oder mehr Partnern.

58 Prozent beurteilen ihre wirtschaftliche Lage als gut

Die wirtschaftliche Lage zeigt sich in den Freien Berufen sehr unterschiedlich: Während Apotheker ihren Umsatz steigern konnten, verringerten sich die Umsätze in Heilpraktikerpraxen von 102.000 Euro im Jahr 2007 auf 99.000 Euro im vergangenen Jahr. Auch bei den Einkünften bildeten Heilpraktiker das Schlusslicht und konnten zwischen 2004 und 2007 nur einen Zuwachs von fünf Prozent erwirtschaften (von 20.000 Euro auf 21.000 Euro im Jahr). Ihre wirtschaftliche Lage beurteilten 58 Prozent der Physiotherapeuten 2011 als gut (2010: 68 Prozent), 32 Prozent (2010: 25 Prozent) als befriedigend und zehn Prozent (2010: sieben Prozent) als schlecht. 69 Prozent glaubten, das ihre Situation sich im ersten Halbjahr 2012 nicht verändern werde. *(ks)*

Service:
Die Studie „Die Lage der Freien Berufe" finden Sie im Internet unter www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/...

Weihnachtsgrüße in über 70 Sprachen

Rechtzeitig vor Weihnachten geht die „Weihnachtsdatenbank" des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ) wieder online. Unter *www.bdue.de* können Praxisinhaber die Worte „Frohe Weihnachten" in über 70 Sprachen übersetzen und die Schriftzüge downloaden. Eine witzige Marketingidee für Ihre Weihnachtsgrüße.

Nicht nur gängige Sprachen wie Englisch oder Französisch sind bei der kostenfreien „Weihnachtsdatenbank" dabei, sondern auch eine Reihe von seteneren Sprachen wie Luxemburgisch („Schréi Chreschtdeeg") oder Baskisch („Eguberri on"). Da für Sprachen wie Chinesisch oder Russisch eigene Schriftsätze nötig sind, gibt es alle Übersetzungen in Form einer fertigen Text- bzw. Graphikdatei kostenlos zum Herunterladen.

„Die Weihnachtsdatenbank ist bei Privatpersonen und Geschäftsleuten sehr beliebt", weiß BDÜ-Präsident André Lindemann aus vielen Zuschriften und Anrufen. „Das positive Feedback freut uns. Mit der Datenbank will der Verband einen kleinen Beitrag zur Völkerverständigung leisten."

Die Weihnachtsdatenbank des BDÜ wurde erstmals 2006 online gestellt, die Zahl der Übersetzungen sei im Laufe der Jahre von 50 auf über 70 Sprachen angewachsen, heißt es weiter in der BDÜ-Pressemitteilung. Die Übersetzungen stammen von Mitgliedern des Verbandes, die sie ehrenamtlich zur Verfügung stellen. Insgesamt findet man in der Mitgliederdatenbank mehr als 7.000 Dolmetscher und Übersetzer für über 80 Sprachen, darunter auch Gebärdensprachdolmetscher. *(ks)*

Sturzprävention immer wichtiger

Anzahl der Schenkelhalsfrakturen nimmt dramatisch zu

Für Menschen über 65 Jahren kann ein schwerer Sturz oft dramatische Folge haben: Pflegebedürftigkeit, psychische Erkrankungen und Tod. Die Anzahl der Schenkelhalsbrüche nimmt dramatisch zu, warnten Mediziner jetzt anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin. Therapeuten können dies zum Anlass nehmen, um Sturzpräventionskurse anzubieten.

Aktuell erleiden rund 160.000 Menschen jährlich eine Schenkelhalsfraktur. Die Experten gehen davon aus, dass sich diese Zahl mit zunehmender Lebenserwartung in den kommenden Jahren verdoppeln wird.

Die meisten Todesfälle bei älteren Menschen gehen auf Stürze zurück. „Rund ein Drittel aller über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr schwer“, erklärte Professor Christoph Josten, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). „Jeder dritte bis vierte Patient über 85 Jahre mit hüftgelenksnaher Fraktur stirbt innerhalb des ersten Jahres.“ Daher empfehle die DGU in ihrer Leitlinie zu Schenkelhalsfrakturen, Patienten innerhalb von 24 bis 48 Stunden zu versorgen, um Komplikationen an Fraktur sowie Fällen von Lungenentzündungen, Thrombosen und Druckgeschwüren zu reduzieren.

Doch Betroffene haben nicht nur ein erhöhtes Sterberisiko. Selbst bei einem optimalen Verlauf der Behandlung litten viele unter psychischen Folgen und würden pflegebedürftig. „Die Angst, erneut zu stürzen – das sogenannte ‚Post Fall Syndrome‘ – schränkt Betroffene in ihrem Aktionsradius radikal ein“, so Josten weiter. Sie bewegten sich seltener und trieben weniger Sport. Dies könne zu einem Teufelskreis aus Folgeerkrankungen wie Osteoporose, Muskelabbau sowie Schwächung des Kreislaufes und der geistigen Verfassung führen. Ein Drittel aller Patienten, so der Experte, benötigten pflegerische Hilfe.

Und letztlich seien solche Fälle auch volkswirtschaftlich von Bedeutung. „Die direkten Kosten einer Schenkelhalsfraktur betragen rund 20.000 Euro“, erklärte Josten. „Darin sind noch nicht die indirekten Kosten der Pflegebedürftigkeit eingeschlossen. Die Behandlungsfolgen werden auf jährlich 2,5 Milliarden geschätzt.“ *(ks)*

Jeder zweite Rentner treibt kaum Sport

„Best Ager“ brauchen mehr Ansporn für Bewegung

Jeder zweite Rentner in Deutschland treibt selten oder nie Sport. Nur 15 Prozent der über 65-Jährigen bewegen sich nach einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) regelmäßig. Ein Ansporn für Therapeuten, spezielle Sportkurse für Senioren anzubieten.

Knapp die Hälfte der Befragten erklärte, sie fühlten sich zu krank, um Sport zu treiben (46 Prozent), während etwa jeder Fünfte glaubte, er sei bereits dafür zu alt (21 Prozent). Sportmediziner Professor Dr. Martin Halle vom Zentrum für Prävention und Sportmedizin an der Technischen Universität München sieht dagegen in Krankheiten keinen Grund, auf körperliche Bewegung zu verzichten. „Egal ob Herz-Kreislaufbeschwerden, Diabetes oder Rückenleiden – Krankheit ist kein Hinderungsgrund, egal in welchem Alter. Ganz im Gegenteil: Bewegung sollte genau wie die Medikation ein fester Bestandteil der Behandlung sein.“

Für ältere Menschen eignen sich Ausdauersportarten wie zügiges Spazierengehen, Wandern, Radfahren oder Schwimmen besonders gut als Gesundheitstraining, heißt es in einer TK-Pressemitteilung. Sie förderten die Kondition, seien gelenkschonend und ließen sich gut individuell dosieren und in kleinen Schritten steigern. Und genau diese Sportarten gehören laut Umfrage nach Gymnastik zu den beliebtesten Aktivitäten der „Best Ager“. Denn nicht alle Senioren seien Sportmuffel: 23 Prozent der über 65-Jährigen machen Fitness-Training, 22 Prozent fahren regelmäßig Rad und 21 Prozent wandern oder walken. Immerhin noch 13 Prozent begeisterten sich fürs Schwimmen und elf Prozent gaben an zu joggen. *(ks)*

Bundestag beschließt neue Regelungen

Minijobs – zukünftig mehr Aufwand für Praxischefs

Viele Praxischefs setzen auf Minijobber in der Versorgung von Patienten. Jetzt kommen auf die Arbeitgeber und Beschäftigten Veränderungen zu, die einerseits zu mehr Flexibilität aber auch zu mehr Papierkram führen. Das hat der Bundestag am 25.10.2012 beschlossen.

Minijobber sollen ab 1. Januar 2013 bei neu abgeschlossenen Verträgen monatlich 450 statt 400 Euro steuer- und versicherungsfrei verdienen können. Sie sollen zudem – anders als heute – automatisch der Rentenversicherungspflicht unterliegen. Die Minijobber können sich dann aber per Antrag bei ihrem Chef gegen die Beiträge zur Rentenversicherung aussprechen.

Auch die Verdienstgrenze für geringfügig Beschäftigte in der Gleitzone, die so genannten „Midijobber", soll von 800 auf 850 Euro steigen. In der Gleitzone müssen die Arbeitnehmer einen reduzierten Beitrag zur Sozialversicherung zahlen; je mehr sie verdienen, umso geringer die Reduktion. Die Änderungen hat der Bundestag am 25. Oktober beschlossen. Nun muss der Gesetzesvorschlag durch den Bundesrat.

Versicherungspflicht soll die Regel werden

Bei der Rentenversicherungspflicht der Minijobber liegen die Dinge bisher genau umgekehrt als die Regierungsinitiative vorschlägt: „Noch sind nur die Arbeitgeber verpflichtet, Rentenbeiträge für ihre Minijobber an die Minijob-Zentrale zu zahlen", erklärt Ilona Mirtsin, Sprecherin der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg, „die Arbeitnehmer sind ausgenommen, es sei denn, sie zahlen freiwillig." Minijobber sind derzeit also nur dann rentenversichert, wenn sie sich ausdrücklich dazu entschieden haben, den Arbeitgeberbeitrag zur Rente von 15 auf 19,6 Prozent aufstocken.

Für den Arbeitgeber bleibt es indessen auch 2013 bei den Pauschalbeiträgen zur Sozialversicherung und für das Finanzamt: Sie zahlen für ihre geringfügig entlohnten Angestellten 15 Prozent Rentenversicherungsbeitrag. Zusätzlich werden nach wie vor 13 Prozent für die Krankenversicherung fällig und zwei Prozent Lohnsteuer. Wer Minijobber im Privathaushalt anstellt, zahlt nur fünf Prozent Rentenversicherung, sowie fünf Prozent für die Krankenversicherung und pauschal zwei Prozent Lohnsteuer.

Auch in der sozialversicherungspflichtigen so genannten Gleitzone zwischen 401 und 800 Euro Verdienst steigt die Spanne möglicher Zahlungen ab dem 1. Januar 2013 – und zwar auf 450 bis 850 Euro pro Monat. So will es die Regierungskoalition. Die Sozialversicherungsbeiträge der Beschäftigten steigen entsprechend. Sie liegen derzeit noch zwischen 10,42 Prozent für 401 Euro und 20, 48 Prozent für 800 Euro Verdinest im Monat. Der Arbeitgeberanteil beträgt heute für die komplette Gleitzone konstant 19,58 Prozent.

Arbeitgeber zufrieden

Da es für den Gesetzgeber unerheblich ist, wie viele Stunden für den Minijob-Lohn gearbeitet wird, wer-

i Tipp

Beispiel a) Rentenversicherungspflicht ab dem 1. Januar 2013

Der Arbeitnehmer erhält als Lohn für seinen Minijob 420 Euro im Monat und lässt sich nicht von der Versicherungspflicht befreien. Der Chef muss dann ab 1. Januar 2013 folgende Abgaben zahlen.

Pauschalbeiträge	Beitragssatz	Beitragsgruppe	Euro
Beiträge zur Krankenversicherung	13 %	6000	54,60
Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung*	18,9 %	0100	79,38
Umlage - Krankheitsaufwendungen	0,7 %	U1	2,94
Umlage - Mutterschaftsaufwendungen	0,14 %	U2	0,59
Umlage zur Insolvenzgeldversicherung	0,04 %	INSO	0,17
Einheitliche Pauschalsteuer	2 %	St	8,40
Gesamtsumme			**146,08**

**Der Beitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Pauschalbeitrag des Arbeitgebers (15 Prozent) und dem vollen Beitrag zur Rentenversicherung in Höhe von 18,9 Prozent. Der vom Arbeitnehmer zu tragende Anteil am Rentenversicherungsbeitrag beläuft sich somit auf 3,9 Prozent.*

Im Meldeverfahren ergeben sich keine Änderungen aufgrund des Gesetzes zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung. Mit der Beitragsgruppe 1 in der zweiten Stelle des Beitragsgruppenschlüssels (RV) und dem Feld Beschäftigungsbeginn in der Meldung zur Sozialversicherung dokumentiert der Arbeitgeber, dass Rentenversicherungspflicht besteht. Somit hat Arbeitgeber seinen Minijobber wie bisher mit dem Meldegrund 10 (Anmeldung einer Beschäftigung) und dem Personengruppenschlüssel 6100 zu melden.

Beispiel b) Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ab dem 1. Januar 2013

Der Arbeitnehmer nimmt zum 1. Januar 2013 einen Minijob für 420,00 Euro auf und beantragt schriftlich die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht.

den die Praxischefs durch die Änderung ab 2013 flexibler. Entweder können die Chefs ihren Angestellten mehr Lohn pro Stunde zahlen oder sie für den unkomplizierten Minijob-Tarif länger beschäftigen. Der Bundesverband der freien Berufe (BFB) sprach sich denn auch für die neue Lösung aus: „Die geringfügige Beschäftigung ist in den Freien Berufen ein beliebtes und sinnvolles Flexibilisierungsinstrument zur Abdeckung von Leistungsspitzen“, hieß es. „Durch Schwankungen in der Nachfrage nach qualifizierten Dienstleistungen von Freiberuflern ist mit diesem Instrument ein schneller Rückgriff auf ein Arbeitskräftepotenzial mit spezialisiertem Sachverstand möglich.“ Dies dürfte für viele therapeutische Praxen zutreffen.

Von den rund 7,2 Millionen Minijobbern in Deutschland arbeiteten im März 2012 laut Bundesagentur für Arbeit rund 436.000 im Gesundheitswesen. Wie viele von ihnen in Arztpraxen, Krankenhäusern oder therapeutischen Praxen arbeiten, ist unklar. Die Anzahl dürfte aber erheblich sein. Ute Merz vom Deutschen Verband für Physiotherapie verfügt über keine belastbaren Zahlen, spricht aber von „nicht wenigen Minijobbern in den Physiotherapiepraxen. Die Regelung bietet zum Beispiel jungen Müttern eine optimale Chance, wieder in den Beruf einzusteigen“, so Merz.

Übergangsregelungen

Damit nun der Übergang von den alten zu den neuen Bestimmungen über den Jahreswechsel 2012/ 2013 gelingt, gelten Übergangs- beziehungsweise Bestandsschutzregelungen. Das erklärt Claudia Müller von der Minijob-Zentrale. So bleibe der rentenversicherungsrechtliche Status der heutigen Minijobber unverändert. „Die Beschäftigten dieser Gruppe können im kommenden Jahr aber die Rentenversicherungspflicht gegebenenfalls wählen“, sagt Müller.

Wer schon heute zwischen 400 und 450 Euro verdient und damit derzeit ein versicherungspflichtiger Midijobber ist, bleibt es auch noch bis zum 31. Dezember 2014, obwohl die Minijob-Spanne ab Januar 2013 bis 450 Euro reicht. Gleichzeitig soll der Beschäftigte auf Antrag diese Versicherungspflicht abwählen können, allerdings mit Ausnahme der Rentenversicherungspflicht. Allerdings könnte der Angestellte in dieser Zeit auch zum Beispiel dann aus der Versicherungspflicht herausrutschen, wenn sein Lohn unter die 400-Euro-Grenze sinkt.

Die Gleitzonenregelung für Verdienste zwischen 801 und 850 Euro gilt nur für neue Verträge ab 2013. Wer schon 2012 einen Lohn von 801 bis 850 Euro erhalten hat, wurde bis dahin regulär versichert und wird es auch ab 2013. Die betroffenen Beschäftigten können jedoch bis zum Ende 2014 die Anwendung der neuen Gleitzonenregelung bei ihrem Arbeitgeber beantragen.

Der Nachteil: Papierkrieg

Damit kommt auf die Praxischefs, die heute schon 801 bis 850 Euro für einen Angestellten ausgeben, unter Umständen im nächsten Jahr eine Menge Arbeit zu, auch was die Minijobs angeht. Denn wenn ihre Minijobber sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen wollen, müssen sie dies schriftlich beim Chef beantragen. Er muss dann den Antrag zur Minijob-Zentrale schicken – und abwarten. Entweder stimmt sie dem Antrag zu, widerspricht oder schweigt. Tut sie letzteres länger als einen Monat, gilt der Antrag als genehmigt. Nach Ansicht der Minijob-Zentrale werden an die 90 Prozent aller Minijobber beantragen, von der Versicherungspflicht befreit zu werden.

Alle Arbeitgeber von Mini- oder Midi-Jobbern erhalten von der Minijobzentrale gegebenenfalls ein Informationsblatt über die voraussichtlich neue Rechtslage. *(ben)*

Dann muss der Chef die Meldung zur Sozialversicherung zum 9. Januar 2013 an die Minijob-Zentrale melden.

Die Befreiung wirkt grundsätzlich ab Beginn des Kalendermonats des Eingangs beim Arbeitgeber, frühestens ab Beschäftigungsbeginn. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber der Minijob-Zentrale die Befreiung bis zur nächsten Entgeltabrechnung, spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Eingang des Befreiungsantrages bei ihm meldet. Anderenfalls beginnt die Befreiung erst nach Ablauf des Kalendermonats, der dem Kalendermonat des Eingangs der Meldung bei der Minijob-Zentrale folgt.

Da AG die Meldung zur Sozialversicherung bis zur nächsten Entgeltabrechung und innerhalb von 6 Wochen nach Eingang des Befreiungsantrages übermittelt hat, wirkt die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ab Beschäftigungsbeginn am 1. Januar 2013.

Es fallen folgende Abgaben an:

Pauschalbeiträge	Beitragssatz	Beitragsgruppe	Euro
Beiträge zur Krankenversicherung	13 %	6000	54,60
Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	15 %	0500	63,00
Umlage - Krankheitsaufwendungen	0,7 %	U1	2,94
Umlage - Mutterschaftsaufwendungen	0,14 %	U2	0,59
Umlage zur Insolvenzgeldversicherung	0,04 %	INSO	0,17
Einheitliche Pauschalsteuer	2 %	St	8,40
Gesamtsumme			**129,70**

Im Meldeverfahren ergeben sich keine Änderungen. Mit der Beitragsgruppe 5 in der zweiten Stelle des Beitragsgruppenschlüssels (RV) und dem Feld Beschäftigungsbeginn in der Meldung zur Sozialversicherung dokumentiert der Arbeitgeber, ob die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht erfolgt ist. Damit muss der Chef seinen Minijobber wie bisher mit dem Meldegrund 10 (Anmeldung einer Beschäftigung) und dem Personengruppenschlüssel 6500 melden.

Durch Musik und Tanz spielerisch die Sprache fördern

Logopädin bietet Frühförderkurse für Tagesmütter

Fünf Kleinkinder sitzen auf dem Boden und machen Musik. Sie trommeln mit ihren Händchen auf Tamburins oder schlagen Klanghölzer gegeneinander. Sie strahlen und „üben" voller Begeisterung. Dabei lauschen sie den Anweisungen ihrer „Musiklehrerin", der Leipziger Logopädin Kirsten Tennemann, die mit ihrem Frühförderkurs „Plappertaschen" spielerisch die Sprachentwicklung ihrer „Schüler" fördert.

Die meisten Kinder erlernen ihre Muttersprache ohne große Mühe. Doch etwa 20 Prozent jedes Jahrgangs stoßen dabei auf ernsthafte Schwierigkeiten, schätzen Experten. Einige von ihnen leiden unter Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen und brauchen eine gezielte logopädische Therapie. Der Barmer GEK Arztreport 2012 mit Schwerpunkt „Kindergesundheit" (*up* berichtete) schätzte ihren Anteil auf etwa zehn Prozent. Andere, wie die fünf Knirpse in der Leipziger Praxis „Logopädie am Zoo", werden durch solche Angebote in ihrer Sprachentwicklung spielerisch gefördert.

Kirsten Tennemann, die nach einem Unfall ihren Beruf als Bühnentänzerin an den Nagel hängen musste, war schon früh mit Sprachproblemen konfrontiert. Ihre Schwester ist gehörlos, und so erlernte die 42-jährige Logopädin schon als Kind die Gebärdensprache. Während ihrer Ausbildung arbeitete sie einmal pro Woche in einer logopädischen Praxis und lernte dort die Eltern eines gehörlosen Babys kennen, die die Gebärdensprache erlernen wollten. Ihr heute dreijähriger Sohn war damals immer dabei, und er hat die Gebärden übernommen. „Dadurch", davon ist Kirsten Tennemann überzeugt, „hat er schneller sprechen gelernt."

Einmal pro Woche kommen die Tagesmütter mit ihren Kindern zwischen einem und drei Jahren in die Praxis.

„Plappertaschen" als Werbung für die Praxis

Es war eher ein Zufall, dass Kirsten Tennemann immer wieder mit sehr kleinen Kindern gearbeitet hat. Als sie im Januar 2012 schließlich gemeinsam mit ihrer Kollegin Antje Perscholka die Praxis eröffnete, nutzte sie ihre Erfahrungen und entwickelte u.a.

„Plappertaschen“ – ein Frühförderprogramm für Tagesmüttergruppen rund ums Sprechen sowie „Plappermäulchen“ – ein Frühförderprogramm für Eltern und Kinder zwischen 1½ und 3 Jahren. „Wir hatten anfangs noch keine Patienten“, erinnert sie sich, „und so habe ich einen Flyer entworfen, den ich im Umkreis unserer Praxis in Kindertagesstätten auslegte, um Werbung für uns zu machen.“

Inzwischen kommen die Patienten von alleine zu uns.

Das Angebot für Eltern zeigte allerdings nicht den erhofften Erfolg. „Ich hatte nur zwei Anfragen“, so die Sprachtherapeutin. Sie bot den Eltern an, in die Praxis zu kommen, um sich die Kinder anschauen zu können. „Dabei stellte sich aber heraus, dass schwerere Störungen vorlagen, die eine ganz persönliche Betreuung erforderten.“ Immer wieder begegne sie dem Problem, bedauert die Logopädin, dass Kinderärzte die sprachlichen Defizite nicht erkennen oder als nicht so schwer beurteilen.

Besser lief dagegen ihr Angebot für die Tagesmütter. Einmal pro Woche kommt derzeit eine Tagesmutter mit ihren fünf Kindern zwischen einem und drei Jahren für eine Stunde in die Praxis. „Die Kinder sollten schon selbständig sitzen können“, so Kirsten Tennemann zu den Voraussetzungen. Kosten pro Kind: Fünf Euro. Begonnen wird mit einem gemeinsamen Lied, bei dem die Kinder entsprechend ihres Alters und ihrer Entwicklungsstufe mitmachen: „Manche klatschen mit, andere bewegen sich zur Melodie und andere können sogar schon mitsingen.“ Da Wahrnehmung und Differenzierung von Geräuschen, Klängen und Rhythmen auch eine sprachliche Vorleistung ist, gibt es in dem Therapieraum Kissen, die mit unterschiedlichen Materialien gefüllt sind und durch Berührung unterschiedliche Geräusche erzeugen. Es folgen kleine Geschichten mit Reimen, die die Kinder entweder schon mitsprechen oder sich dazu bewegen.

Fasziniert von der Begeisterung

Die Arbeit mit den Kindern ohne Sprachstörungen macht der Leipziger Logopädin sehr viel Freude, und gleichzeitig ist sie immer wieder fasziniert, wie die Kleinen begeistert mitmachen. „Anders als meine ‚besonderen Kinder‘, wie ich sie nenne“, so Kirsten Tennemann und meint ihre kleinen Patienten aus dem Praxisalltag. Sie hätte für ihr Angebot „Plappertaschen“ und „Plappermäulchen“ noch gerne massiver geworben, doch „inzwischen kommen die Patienten zu uns...“ *(ks)*

Die Logopädin Kirsten Tenneman ist ausgebildete Bühnentänzerin.

Kontakt: Logopädie am Zoo, Gneisenaustraße 2, 04105 Leipzig, Tel.: 0341-35136753, E-Mail: logoamzoo@googlemail.com, www.logoamzoo.de

Der Abrechnungstipp

Verordnung außerhalb des Regelfalls

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.

Lässt sich eine Behandlung mit der im Heilmittelkatalog für den Regelfall festgelegten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich: die sogenannten Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Einige Krankenkassen versuchen allerdings die bürokratischen Hürden für solche Verordnungen so hoch zu setzen, dass die Abrechnung manchmal zum Glücksspiel wird. Deswegen hilft es, den formalen Rahmen für solche Verordnungen zu kennen und sein Recht gegenüber der Krankenkasse durchzusetzen.

§ GRUNDREGELN

- „Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, vor allem längerfristige Verordnungen)“ (§ 8 Abs. 1 HeilM-RL).
- Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls kann erst ausgestellt werden, wenn die Verordnungen im Regelfall bis zur Gesamtverordnungsmenge durchlaufen wurden. Allerdings ist es möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalls schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nur noch maximal zwei Einheiten verfügbar sind (Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V vom 1.7.2011 – Stand: 1.1.2012 – Lfd. Nr. 08).
- Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls muss auf der Verordnung mit einem Kreuz im entsprechenden Kästchen markiert werden. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ist formal keine Folgeverordnung, deswegen darf das Kästchen Folgeverordnung nicht gleichzeitig markiert sein. (Inhaltlich und logisch „folgt“ eine Verordnung außerhalb des Regelfalls natürlich auf die vorausgegangenen Erst- und Folgeverordnungen).
- Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung maximal 12 Wochen dauert (§ 8 Abs. 1, Satz 4 HeilM-RL). Die Rechenaufgabe dazu lautet: Verordnungsmenge geteilt durch Frequenz kleiner/gleich 12.
- Eine solche Verordnung ist besonders zu begründen (med. Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls) und muss laut Heilmittel-Richtlinie von der Krankenkasse genehmigt werden.
- Nach Vorlage der Verordnung durch den Patienten (oder den Therapeuten) übernimmt die Kasse die Kosten des Heilmittels bis zu einer Entscheidung.
- Die meisten Krankenkassen haben auf das Verfahren zur Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichtet. Dann gilt die Verordnung automatisch als genehmigt und muss von der Krankenkasse bezahlt werden.
- Formal wird dieser Genehmigungsverzicht gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung erklärt. Die entsprechenden Links findet man auf der Internetseite der KBV (*www.kbv.de/vl/39617.html*) oder bei seinem jeweiligen Verband.

SELBST KORRIGIEREN

- Oft stellen Ärzte Verordnungen aus, die bei der Kombination Verordnungsmenge/Frequenz eine zu lange Laufzeit ergeben (>=12 Wochen). Das kann man dadurch ändern, dass man nach Rücksprache mit dem Arzt die Frequenz so ändert, dass die Einhaltung/Unterschreitung der 12-Wochenfrist wieder gesichert ist. (siehe dazu auch Abrechnungstipp 2: Behandlungs-Frequenz).

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Ärzte können die üblichen Angaben ergänzen/verändern. Dazu bedarf es einer Unterschrift des Arztes und des Datums der Änderung (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL).
- Krankenkassen korrigieren im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gern die Behandlungsfrequenz. Wird vom Arzt aus dem Heilmittel-Katalog z. B. die Frequenzempfehlung „1 bis 2“ übernommen, ändern die Kassen die Frequenz auf „1“. Das kann der Arzt verhindern, indem er eine eindeutige medizinisch notwendige Behandlungsfrequenz verordnet.

BESONDERHEITEN

- Die Vorlage der Verordnung außerhalb des Regelfalls zur Genehmigung bei der Krankenkasse kann grundsätzlich durch ein Fax erfolgen. Damit ist sichergestellt, dass der Therapeut nach Übermittlung des Faxes sofort behandeln kann. Das Fax dient als Nachweis der rechtzeitigen Vorlage der Verordnung zur Genehmigung.

- Besteht die Kasse auf der zusätzlichen Übersendung des Originals durch den Patienten, sollten Therapeuten sich eine Kopie der Originalverordnung machen, um später über einen Nachweis zur Abrechnung zu verfügen.
- Nach Ansicht der Krankenkassen ist bei den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1, und AT1 und SB4 eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht erlaubt, weil hier jeweils ein Wechsel in die nächsthöhere Diagnosengruppe möglich ist. (Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V vom 1.7.2011 – Stand: 1.1.2012 – Lfd. Nr. 51 + 60).
- Ähnliches soll gelten, wenn LY2 bei einer bösartigen Erkrankung verordnet wurde (dies ist nicht untersagt). Dann kann Überstieg auf LY3 erfolgen. Wenn LY2 bei einer nicht-bösartigen Erkrankung verordnet wurde und die Verordnungsmenge des Regelfalles nicht ausreicht, folgt dann die Verordnung außerhalb des Regelfalls. (Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V vom 1.7.2011 – Stand: 1.1.2012 – Lfd. Nr. 51).
- Bei den beiden vorgenannten Punkten ist anzumerken, dass es in der Heilmittel-Richtlinie keinen Zwang für einen Arzt gibt, zur nächsthöheren Diagnosengruppe zu wechseln. Kommt es also hier zu entsprechenden Rechnungskürzungen, lohnt es sich auf jeden Fall dagegen vorzugehen – notfalls bis hin zu einer Klage vor dem Sozialgericht.
- Bei zahnärztlichen, BG und privatärztlichen Verordnungen gibt es weder einen Regelfall noch Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

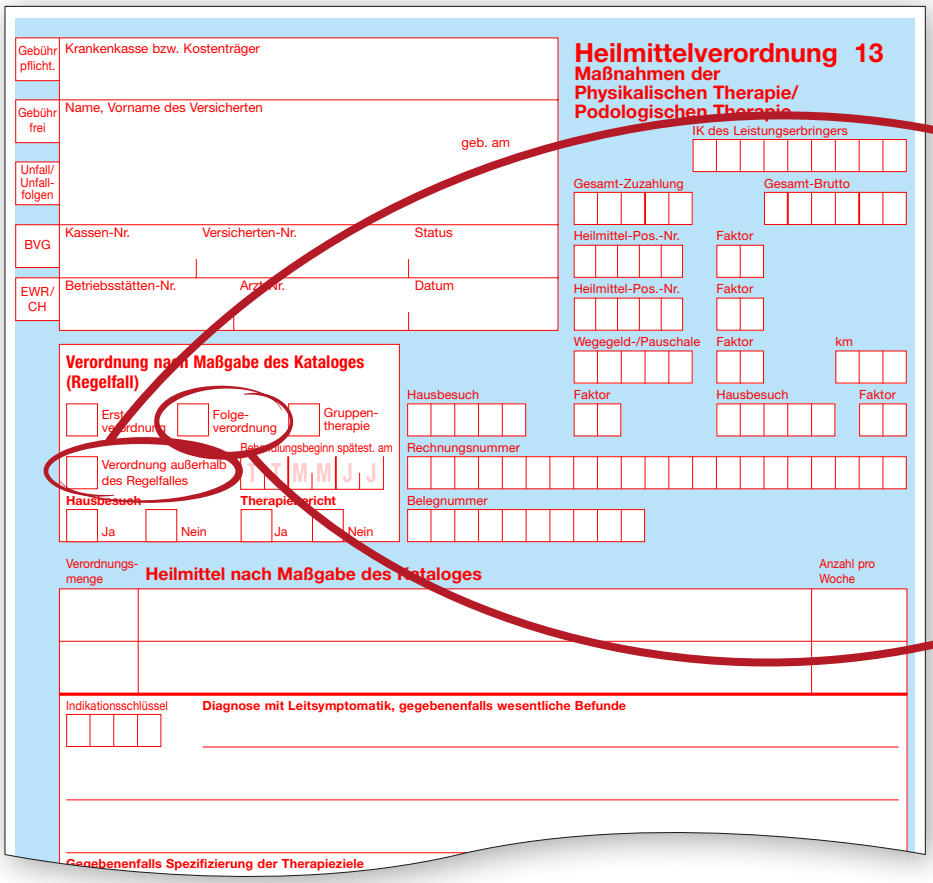
! ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind in der Regel hochwertige Verordnungen. Wenn hier etwas schiefläuft, kostet das ziemlich viel Geld. Insofern ist es gerade bei solchen „teuren" Verordnungen wichtig, dass die oben genannten Punkte beachtet werden.
- Besteht auch nur der leiseste Zweifel daran, ob eine Kasse auf die Genehmigungspflicht verzichtet hat oder nicht, reicht man IMMER die Verordnung zur Genehmigung per Fax ein. Wenn die Kasse auf die Genehmigungspflicht verzichtet hat, wird sie das schon mitteilen. Ein Fax zu schicken, ist immer noch weniger Aufwand, als später wegen fehlender Genehmigung das Honorar nicht zu bekommen.

(bu)

up-premium plus

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



1 Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls muss auf der Verordnung mit einem Kreuz in dem entsprechenden Kastchen markiert werden.

2 Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ist formal keine Folgeverordnung. Deswegen darf das Kästchen „Folgeverordnung" nicht markiert sein.

Steuerspareffekte für Praxisinhaber

Reisekosten richtig ansetzen

Praxischefs, die Fachkongresse besuchen oder andere Reisen mit beruflichem Hintergrund unternehmen, können nach neuer Rechtslage in deutlich größerem Umfang als früher die Reisekosten steuerlich ansetzen. Dies gilt auch, wenn sie den Lebenspartner mitnehmen und die Reise mit touristischen Aktivitäten verbinden.

Wer den Besuch einer Fortbildung mit einem Kurzurlaub verbinden möchte, kann das mit gutem Gewissen tun. Denn Aufwendungen für die Hin- und Rückreise können bei gemischt beruflich (betrieblich) und privat veranlassten Reisen grundsätzlich in abziehbare Werbungskosten oder Betriebsausgaben und nicht abziehbare Aufwendungen für die private Lebensführung nach Maßgabe der beruflich und privat veranlassten Zeitanteile der Reise aufgeteilt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die beruflich veranlassten Zeitanteile feststehen und nicht von untergeordneter Bedeutung sind. Zu beachten sind dabei folgende Voraussetzungen:

- **(1)** Der Steuerpflichtige muss die betriebliche oder berufliche Veranlassung umfassend darlegen und nachweisen.
- **(2)** Die Aufteilung gemischt veranlasster Aufwendungen muss nach einem „an objektiven Kriterien orientierten Maßstab der Veranlassungsbeiträge“ erfolgen (z.B. Zeit-, Mengen- oder Flächenanteile sowie Aufteilung nach Köpfen). Für die Praxis wichtig ist, dass die Aufteilung im Wege einer sachgerechten Schätzung erfolgen kann, wenn eine verlässliche Aufteilung nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist.

Wer kann hiernach in welchem Umfang Reisekosten geltend machen?

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, gilt zur Höhe der abziehbaren Aufwendungen Folgendes:

- Ist die private Veranlassung lediglich von untergeordneter Bedeutung (< 10 Prozent), sind die Aufwendungen in vollem Umfang als Betriebsausgaben/Werbungskosten ansetzbar.
- Bei einer betrieblichen/beruflichen Nutzung von 10 Prozent bis 90 Prozent können die Aufwendungen nach den oben genannten „Veranlassungsbeiträgen“ aufgeteilt werden.
- Wenn die betriebliche/berufliche Veranlassung von untergeordneter Bedeutung (< 10 Prozent) ist, ist ein Abzug insgesamt ausgeschlossen. Das gilt auch für den Fall, dass die Veranlassungsbeiträge nicht trennbar sein sollten oder es an einer geeigneten Schätzungsgrundlage fehlt. Immer aber können zusätzliche, ausschließlich betrieblich/beruflich veranlasste Aufwendungen für sich genommen steuerlich geltend gemacht werden.

Beispiel 1:
Ein Logopäde mit eigener Praxis nimmt an einem zweitägigen Fachkongress in Paris teil. Anschließend macht er dort noch fünf Tage Urlaub. Hier können die unmittelbar mit dem Fachkongress zusammenhängenden Aufwendungen (Seminargebühren, Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskosten während der Kongressdauer) in voller Höhe abgezogen werden. Hingegen können unmittelbar mit dem Urlaub zusammen-

hängende Kosten nicht geltend gemacht werden. Für die Fahrtkosten ist von einer gemischten Veranlassung auszugehen, sie sind daher aufzuteilen. Als sachgerechter Aufteilungsmaßstab ist das Verhältnis der Zeitanteile anzunehmen, betrieblich veranlasst sind also 2/7 der Fahrtkosten.

Beispiel 2:
Ein Physiotherapeut nimmt während einer dreiwöchigen Urlaubsreise an einem eintägigen Seminar teil. Dann sind die Aufwendungen für die Reise und insbesondere die Fahrtkosten wegen Unterschreiten der 10%-Grenze zwar nicht abziehbar. Unmittelbar mit dem Seminar zusammenhängende Aufwendungen (zum Beispiel Seminargebühren, Fahrtkosten vom Urlaubsort zum Tagungsort) können aber steuerlich berücksichtigt werden.

Chancen nutzen!

Soweit die Grundlagen – die Sie aber noch stark ausbauen können! Denn es gibt noch neue Abzugsmöglichkeiten für Praxischefs.

- **(1)** Teilnahme an Intensivsprachkursen: In der BFH-Entscheidung vom 24.2.2011 (Az.: VI R 12/10) ging es um die Aufteilung von Reisekosten im Zusammenhang mit einem Intensivsprachkurs in Südafrika, der dem Steuerpflichtigen unter der Woche wenig Zeit für touristische Aktivitäten beließ, weshalb diese im Wesentlichen auf das Wochenende beschränkt waren.
- **(2)** Teilnahme an Auslandsgruppenreisen: Den Werbungskostenabzug speziell bei Fortbildungsreisen hat der BFH kürzlich im Urteil vom 19.1.2012 (Az.: VI R 3/11) behandelt. Dabei ging es insbesondere um den Fall, dass der Steuerpflichtige mit der Teilnahme an der Reise eine allgemeine Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung erfüllt oder die Reise von einem Fachverband angeboten wird (allerdings wurden hierbei auch die Grenzen des Reisekostenansatzes sehr deutlich betont, etwa wenn der fachliche Charakter der Reise vom Verband nicht ausreichend dokumentiert wird).
- **(3)** Ansatz im Rahmen von Nebentätigkeiten: Selbst schriftstellerisch ambitionierte Praxisinhaber, die einen Reiseroman verfassen wollen, können sogar dann Kosten geltend machen, wenn im Rahmen dieser neu aufgenommenen Nebentätigkeit in der Anlaufphase noch keine Einnahmen erzielt werden. Im entschiedenen Fall – die Münchener Richter fassten einen entsprechenden Beschluss erst kürzlich am 24.8.2012 (Az.: III B 12) – hatte eine angestellte Sozialpädagogin angegeben, seit dem Jahr 2001 damit befasst zu sein, einen Roman zu schreiben, dessen Handlung auf einer bereits verfilmten Vorlage beruhte und zum Teil an Bord eines Schiffs und im Übrigen in Neuseeland, Australien und Chile spielte.

Betriebsausgabenabzug für Nebentätigkeiten

Folgende Beispiele veranschaulichen, in welchen Fällen ein Reisekostenabzug in welchem Umfang möglich ist (allerdings kommt es im Einzelfall immer auf die zutreffende Begründung und Belegführung gegenüber dem Finanzamt an):

- Wer als Praxis-Inhaber den Ehepartner zu einem bundesweiten Fachkongress mitnimmt, gefährdet damit nicht die Abziehbarkeit der Reisekosten, auch dann nicht, wenn es dem Partner/der Partnerin an fachlicher Nähe zu den Kongress-Themen fehlt.
- Wer als Physiotherapeut in München tätig ist und den Kongressbesuch in Berlin mit einem Aufenthalt an der Ostsee verbindet, kann anteilig Reisekosten geltend machen.
- Wer an einer Fachbuchveröffentlichung arbeitet und dazu aktuell auf Kongressen vermittelte Kenntnisse einfließen lässt, darf Reisekosten ansetzen, auch dann, wenn es sich um Kongresse in touristisch attraktiven Orten handelt oder um Veranstaltungen, die auf einem Schiff abgehalten werden. Allerdings kommt es umso mehr darauf an, die berufliche Veranlassung entsprechend begründen zu können bzw. glaubhaft zu machen.
- Handelt es sich um schöngeistig ambitionierte Autoren, kann auch einem Praxisinhaber die Gewinnerzielungsabsicht nicht von vorneherein abgesprochen werden, wenn er sich im Rahmen einer Nebentätigkeit als Krimi-Autor versucht und die (zu erzählende) Straftat z.B. in Cannes verübt wird.

Dr. Hans-Jürgen Hillmer

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

Praxischefs fragen – Experten antworten

Feedback-Sandwich belegen

DIE FRAGE: Wie sage ich meinem Mitarbeiter, dass er unangenehm riecht?

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

Die Situation:

Praxischef Herr Wieseke berichtet: „Wir haben neulich unser Team vergrößert. Dabei habe ich Herrn Olbricht* eingestellt. An sich ist das ein ganz vernünftiger Mann, der seine Sache prima macht. Er kommt gut mit dem Team klar, hält sich an die Praxisabläufe und das Feedback der Patienten ist eigentlich auch gut. Nur irgendwie riecht er ganz komisch! Also, er ist nicht wirklich schmutzig oder so. Aber er hat halt einfach so einen strengen Körpergeruch. Das geht spätestens nach seiner ersten Behandlung los. Ich weiß gar nicht, wie ich damit umgehen soll. Eine Patientin hat deswegen schon eine Behandlung bei ihm abgelehnt… Ich kann doch nicht zu ihm hingehen und ihm sagen, dass er streng riecht!“*

Der Hintergrund:

Für Herrn Olbricht wäre es sehr peinlich, wenn er in unangemessener Weise von Kollegen oder Patienten wegen seines Geruchs angesprochen oder deswegen sogar ausgegrenzt würde. Unbewusst bewerten die meisten Menschen die Attraktivität eines Menschen zu einem großen Teil nach seinem Geruch. Wer „schlecht“ riecht, wird oft ausgegrenzt. Dabei ist ein unangenehmer Körpergeruch nicht zwangsläufig das Ergebnis mangelnder Körperpflege. Es kann verschiedene Ursachen haben: Veranlagung, Tragen von ungünstiger Kleidung, Stoffwechselprobleme oder Essgewohnheiten. Und – die Betroffenen nehmen ihren Eigengeruch oft nicht wahr. Herr Wieseke als Chef muss – auch wenn ihm dieses Thema unangenehm ist – das Thema unbedingt ansprechen.

Das Vorgehen:

Suchen Sie das Gespräch so früh wie möglich und sprechen Sie vorher nicht mit anderen Mitarbeitern über das Problem (das macht das Thema im Team nur interessanter). Ansonsten ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich immer mehr Leuten im Team und im Umfeld durch den Geruch gestört fühlen. Lästereien und Ausgrenzungen hinter dem Rücken des Betroffenen – bis hin zum Mobbing können mögliche Folgen sein. Falls Sie also zu lange mit dem Gespräch warten, könnten Sie dadurch einen guten Mitarbeiter verlieren oder Mitschuld an einer beginnenden Mobbing-Situation haben.

Wählen Sie für das Gespräch eine Situation, in der Sie mit dem Mitarbeiter ungestört unter vier Augen sprechen können. Sagen Sie ihm vorab, dass Sie mit ihm über drei Themen sprechen möchten.

Nun haben Sie die Aufgabe, ein „Feedback-Sandwich zu belegen“.

Zuerst geben Sie eine positive Rückmeldung auf etwas, das der Mitarbeiter wirklich gut gemacht hat. Beispiel: „Herr Olbricht, ich freue mich sehr darüber, dass ich so gutes Feedback über Ihre Arbeit von Ihren Patienten bekomme. Frau Müller meinte gestern, dass ihr die letzte Sitzung bei Ihnen wirklich geholfen hätte. Mir ist wichtig, dass Sie wissen, dass ich Sie gern hier im Team habe.“ **(Thema Nr. 1)**

Dann geben Sie eine präzise und sachlich Rückmeldung zu dem Problem „Körpergeruch“. Sie können darin auch Wünsche formulieren. Beispiel: „Mir ist aufgefallen, dass Sie sowohl in dieser Woche, als auch in der letzten Woche jeweils nach ihren ersten Behandlungen am Morgen einen recht deutlichen Körpergeruch entwickelt haben. Das ist auch Patienten vereinzelt unangenehm aufgefallen. Ich gehe davon aus, dass Ihnen das gar nicht bewusst war (kurze Pause). Ich würde mir wünschen, dass Sie sich vielleicht ein paar Wechselhemden mit in die Praxis bringen würden. Ich weiß, dass es in solchen Situationen oft erforderlich ist, verschiedene Deos auszuprobieren, weil die individuell leider völlig unterschiedlich wirken. Wenn Sie die ausprobieren, können Sie mich auch gern fragen, denn man selber hat in der Situation ja keine Chance, weil man es selber nicht wirklich merkt.“ **(Thema Nr. 2)**

Nun geben Sie dem Mitarbeiter etwas Zeit zum Antworten, meistens ergibt sich ein zielführendes Gespräch. Zum Abschluss geben Sie noch eine positive Rückmeldung. Beispiel: „ Außerdem ist mir aufgefallen, dass Sie sich außergewöhnlich schnell die Abläufe in der Praxis zu eigen gemacht haben. Das freut mich wirklich. Es läuft mit Ihnen jetzt wirklich alles schon so routiniert, wie mit den Kollegen, die schon seit Jahren bei uns sind.“ **(Thema Nr. 3)**

Die Sandwichform des Feedbacks hat zur Folge, dass das negative Feedback in der Mitte besser angenommen werden kann. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass Sie selbst wirklich von den positiven Aspekten überzeugt sind – sonst wirkt auch das schönste Sandwich nicht.

Dr. Anke Handrock

*Name v. d. Redaktion geändert.

Geschenkgutscheine zu Weihnachten

Deutsche wollen lieber Gesundheit als Computer

Rund 22 Prozent aller Verbraucher wünschen sich zu Weihnachten etwas für die Gesundheit bzw. zum Wohlfühlen. Das ist das Ergebnis einer europaweiten Umfrage unter Verbrauchern zum Thema Weihnachten. Damit rangiert Gesundheit als Weihnachtswunsch auf Platz neun der Liste mit den zehn beliebtesten Weihnachtsgeschenken.

Jedes Jahr befragt die Unternehmensberatung *Deloitte* Verbraucher in ganz Europa im sogenannten Christimas Survey zum feiertäglichen Weihnachtskonsum. Dabei werden auch Fragen gestellt, deren Antworten für Heilmittelpraxen interessant sind. Immerhin 20 Prozent aller Verbraucher kaufen ihre Weihnachtsgeschenke schon im Oktober und 22 Prozent im November. Das heißt, dass es spätestens ab Mitte Oktober weihnachtliche Gutscheine im Praxis- Angebot geben sollten.

Ebenfalls interessant ist, dass sich mehr Verbraucher etwas aus dem Bereich Gesundheit bzw. Wellness zu Weihnachten wünschen als einen neuen Computer.

Wer hätte das gedacht! Also noch schnell einige Wellness-Gutscheine (Logopäden: Stimmen-Wellness-Coachings) anbieten, damit sich die Wünsche Ihrer Patienten auch erfüllen lassen. *(bu)*

Service: Die Studie finden Sie im Internet auf der Seite von *Deloitte.com* oder bei der ***up-premium plus***-Hotline.

i Hintergrund

Geschenkgutscheine – so geht´s

DER TEXT
Der Text soll beschreiben, welche wohltuende, angenehme und nützliche Leistung der Beschenkte erhält. „Physiotherapie“oder „logopädische Einzelbehandlungen“ sind daher weniger geeignet als „Wohlfühlmassage“ oder „Gesangscoaching“. Im Zweifel kann man auch ganz allgemein „Bewegungscoaching“, „Stimmcoaching“ oder „Weihnachtsverwöhnpaket“ schreiben und dann bei der Einlösung des Gutscheins über den konkreten Leistungsumfang entscheiden.

DIE VERPACKUNG
Ein Geschenk besticht zunächst durch seine schöne Verpackung. Für gestresste Ehemänner, die kurz vor Weihnachten noch dringend ein Geschenk für ihre Gattin benötigen, kann die Praxis fantasievoll verpackte Gutscheine vorbereiten. Hier ist die Kreativität aller Mitarbeiter gefragt. Warum nicht Gutscheine zusammen mit Aromaöl, Gesichtscreme, einer Duftkerze, einem flauschigen Handtuch mit Praxislogo oder einem passenden Buch elegant kombinieren? Die Zusammenarbeit mit einer Parfümerie oder einer Buchhandlung stellt die notwendige Verpackungskompetenz sicher. Bei dieser Gelegenheit kann den Kooperationspartnern im Gegenzug angeboten werden, den Verkauf eines Buches oder einer Gesichtscreme durch einen Wellness-Gutschein zu veredeln.

DAS RECHTLICHE
Gutscheine werden vom Finanzamt immer als umsatzsteuerpflichtig angesehen. Deswegen müssen die Preise so kalkuliert sein, dass man noch die Umsatzsteuer an das Finanzamt abführen kann. Aber solange Sie nicht mehr als 17.500 Euro umsatzsteuerpflichtige Einnahmen haben, brauchen Sie sich dazu keine Gedanken zu machen.

HEILBEHANDLUNG: Manchmal möchte ein Kunde seinen Gutschein durch eine Heilbehandlung einlösen. Entweder liegt hier bereits die Diagnose eines Arztes oder Heilpraktikers vor oder auf dem Gutschein ist ein Hinweis vermerkt. Dieser besagt, dass der Gutschein nur dann eingelöst werden muss, wenn nach Feststellung des Therapeuten oder gegebenenfalls eines Arztes, die Leistung ohne Gefährdung des Patienten erbracht werden kann. Dies gewährleistet, dass dem Patienten keine negativen Folgen für seine Gesundheit entstehen.

GÜLTIGKEIT: Nach dem Gesetz verliert ein Gutschein erst nach Ablauf von drei Jahren seine Gültigkeit. *(bu)*

Kunden werben Kunden...

up-premium

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

☐ Prämie 1:
grilltech „Notebookgrill“

Für einen perfekten Grillabend, egal wo, immer mobil. Zusammengeklappt schmal wie ein Notebook.

☐ Prämie 3:
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:
360°-Segeltuchrucksack

Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!
Maße: B 40 x H 27 x T 11 cm

☐ Prämie 4:
MoMa „Ewiger Kalender“

Der immerwährende Kalender. Einfach die magnetischen Kugeln per Hand auf das passende Datum setzen.
Maße: 14 x 20,3 x Ø 4,7 cm

☐ Prämie 5:
360°-Segeltuchtasche

Für den richtigen Auftritt an Land oder als Begleiter beim Segeltörn, Persenning-Tasche Strandperle.
Maße: B 40 x H 35 x T 19 cm

☐ Prämie 6:
Aroma Bedufter „Jasmin“

Jasmin beduftet den Raum wahrnehmbar dezent und ist in ihrer Erscheinung sehr diskret.
Maße: B 13 x H 19 x T 13 cm

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

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

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

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

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

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

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

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

Datum, Unterschrift: .....

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

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

08 00-135 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