01.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*

Vorlage Zuweiser-Analyse

So sag ich's meinem Doktor

Praxisbesonderheiten gegen Regress-Angst kommunizieren

Arztkommunikation gehört zu einem zentralen Handlungsfeld eines Praxisinhabers. Ein wichtiges Thema in den nächsten Wochen könnte sein: Extrabudgetär verordnen lassen! Denn ab dem 1.1.2012 gelten die neuen bundeseinheitlichen Vorab-Praxisbesonderheiten und die Indikationsliste für den langfristigen Heilmittelbedarf. Einige Ärzte haben diesbezüglich bereits angekündigt, zukünftig weniger verordnen zu wollen. Doch durch die Erneuerungen haben Ärzte nun zwei Instrumente an der Hand, mit denen sie ihr Heilmittelbudget nicht belasten. Um Regress-Ängste zu vermeiden, sollten Praxischefs ihre Zuweiser darüber informieren.

Praxischefs sollten ihre Ärzte über die neuen Möglichkeiten informieren, wie sie extrabudgetär verordnen können und so möglichen Regress-Ängsten entgegenwirken.

Manche Kollegen haben schon schmerzhaft erfahren, wie schnell es zu Umsatzeinbrüchen kommt, wenn Ärzte nicht sicher sind, ob eine Regressgefahr besteht oder nicht – und zwar vollkommen unabhängig davon, ob Patienten dringend Therapie brauchen oder ob nicht. Ab dem 1. Januar stehen nun einige Neuerungen an, die Ärzte möglicherweise zu einem reduzierten Verordnungsverhalten veranlassen könnten. Dagegen kann man aktive Kommunikation betreiben.

Regionale Unterschiede sorgen für Wirbel

In ganz Deutschland (außer in Bayern) gab es bislang regional festgelegte Vorab-Praxisbesonderheiten, die den Ärzten einen verlässlichen Rahmen für extrabudgetäre Heilmittel-Verordnungen lieferten. Wenn ein Kinderarzt in Berlin bislang Logopädie verordnete, konnte er dafür nicht in Regress genommen werden. Ähnlich auch in Hamburg, Hessen oder Nordrhein: Bei der Diagnose F82 (Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen) und der Diagnosengruppe SC1 war die verordnete Logopädie extrabudgetär. Problematisch an diesem Verfahren war jedoch, dass je nach KV-Gebiet unterschiedliche Regelungen galten. Was extrabudgetär war und was nicht, unterschied sich nach Region.

Mit der Einführung der bundesweiten Vorab-Praxisbesonderheiten zum 1.1.2013 ergeben sich nun aus den regionalen Unterschieden weitere Konsequenzen. In Bayern bedeutet die Einführung für Patienten, Ärzte und Therapeuten einen Riesenschritt nach vorn, denn bisher gab es dort keine sicheren extrabudgetären Verordnungen. In Berlin dagegen haben einige Ärzte bereits angekündigt, zukünftig deutlich weniger verordnen zu wollen. Ihrer Ansicht nach blieben die neuen bundesweiten >>>

Aktuell

Krankenkassen verdienen gut
Heilmittelausgaben wachsen nur moderat 11

Nach sechs Jahren belastbare Zahlen vorgelegt
Pilotprojekt Kinzigtal macht Physiotherapeuten Konkurrenz 13

Befreiungsregelungen bei Zuzahlung über den Jahreswechsel 15

Schwerpunkt

FAQ (häufig gestellte Fragen)
Bundesweite Praxisbesonderheiten und langfristiger Heilmittelbedarf 3

Prüfschema
Extrabudgetäre Verordnungen 6

Konzepte

Erfolgreich interdisziplinär zusammenarbeiten
Gemeinsam im Kampf gegen die Kinderpfunde 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp:
Empfangsbestätigung durch den Patienten 18

Tipps

Selbstmarketing
Rücken Sie Ihr Angebot ins rechte Licht 20

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

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

Kommentar

Findet in Zukunft Prävention ohne Therapeuten statt?

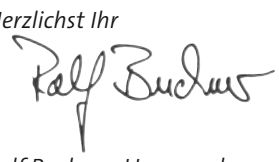
Die Regierung hat sich am 13. Dezember 2012 auf Eckpunkte zur neuen Präventionsstrategie geeinigt. Ein wichtiger Aspekt des strategischen Vorgehens soll die Orientierung aller Akteure an gemeinsamen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen sein. Doch leider tauchen Heilmittelerbringer als „Akteure" in der neuen Präventionsstrategie überhaupt nicht auf.

Dagegen werden „Bund, Länder, Kommunen und kommunale Einrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, Haus- und Fachärzte, der Öffentliche Gesundheitsdienst, Unternehmen, Vereine und Initiativen" ausdrücklich als Akteure der Prävention in dem Strategiepapier benannt.

Das verwundert sehr, werden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden doch ausdrücklich dazu ausgebildet, Prävention durchzuführen und sind damit ausgewiesene Fachleute für Prävention. Trotzdem ignoriert die Regierungskoalition eine komplette Branche in ihrer Präventionsstrategie!

Vorschlag für das Jahr 2013: Schreiben Sie Ihrem Abgeordneten (der Regierungskoalition), dass Sie als Fachfrau/-mann für Prävention in der Präventionsstrategie nach Ihrem Beitrag zur besseren Prävention gesucht haben und nicht fündig geworden sind. Wir befinden uns in einem Wahljahr – also eine gute Zeit Einfluss auf Strategien zu nehmen, die für das eigene Berufsbild wirklich wichtig sind!

Herzlichst Ihr



Ralf Buchner, Herausgeber

>>> Fortsetzung Seite 1

Regelungen deutlich hinter den bisher geltenden Regeln der KV-Berlin zurück.

Die Umstellung auf bundesweite Praxisbesonderheiten erfordert nun zudem neue formale Änderungen bei den Verordnungen, die für alle Ärzte eine Umgewöhnung bedeuten. In Zukunft muss eine Praxisbesonderheit durch einen ICD-10-Diagnosenschlüssel und einen dazu passenden Indikationsschlüssel gekennzeichnet sein. Dazu sollen die Verordnungsformulare angepasst werden. Laut Vereinbarung zwischen GKV und KBV hätte das zum 1. Januar 2013 erledigt sein sollen, jetzt peilt man mal das 2. Quartal 2013 an. Bis dahin darf der Arzt den ICD-10-Schlüssel einfach so – auch handschriftlich – auf die Verordnung schreiben. Es bleibt abzuwarten, ob Ärzte nun bei den betroffenen Patienten lieber verordnen.

Auch bei dem Thema „Genehmigung von langfristigem Heilmittelbedarf" wird sich zukünftig die formale Anforderung durch die Angabe des ICD-10-Diagnosenschlüssels in Kombination mit dem passenden Indikationsschlüssel ändern.

Es wird also Aufklärungsbedarf in vielen Arztpraxen geben. Umso wichtiger ist es, dass alle Heilmittelerbringer sich schlau machen und sich schon mal auf Nachfragen und Einwände aus den Arztpraxen vorbereiten. Wir haben für Sie die häufigsten Fragen und die passenden Antworten dazu vorbereitet (siehe Seite 3).

Zudem lohnt es sich, das Thema „Extrabudgetäre Heilmittel-Verordnungen" einmal systematisch zu betrachten. Auf unserem „Prüfschema Extrabudgetäre Verordnung" können Sie genau verfolgen, ob der verordnende Arzt alle Möglichkeiten zur extrabudgetären Verordnung ausgeschöpft hat und ob die Verordnung auch formal korrekt markiert worden ist (siehe Seite 6).

Außerdem haben wir alle Krankenkassen kontaktiert und um eine Information hinsichtlich des Genehmigungsverzichtes gebeten. Das Ergebnis ist eine sehr aktuelle Übersicht, bei welchen Krankenkassen Sie das Genehmigungsverfahren einhalten müssen und bei welchen nicht (siehe Seite 8). *(bu)*

Nutzen Sie unsere Informationen und unterstützen Sie damit effektiv Ihre Ärzte. Viel Erfolg!

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: Kurhan (1), L. Dolgatsjov (3), M. Bormann (12), R. Kneschke (13), Kzenon (14), J. Fälchle (15), R.-U. Thiele (15), A. Samara (16), Renaters (22); junior marvelesse (17), M. Radecki, Kommunikationsberatung (20/21), Privat (22)

FAQ (häufig gestellte Fragen)

Bundesweite Praxisbesonderheiten und langfristiger Heilmittelbedarf

Ärzte haben viele Fragen bezüglich der Veränderungen bei Heilmittel-Verordnungen, die ab dem 1. Januar 2013 auf sie zukommen. Wir haben für Ihre Vorbereitung auf das Arztgespräch die häufigsten Fragen herausgesucht und mögliche Antworten für Sie vorbereitet. Jede Antwort müssen Sie natürlich auf Ihre spezielle Situation anpassen! Bei einigen Antworten haben wir in [eckigen Klammern] noch eine zusätzliche Möglichkeit gegeben, die aber nicht in allen Praxen in dieser Form umgesetzt wird und damit nur teilweise zutrifft. Zu jeder Antwort haben wir die jeweilige Quelle angegeben, damit Sie problemlos nachweisen können, wie Sie zu der Antwort kommen.

? Warum gibt es jetzt bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten?

Der Gesetzgeber will damit den Ärzten einen Teil des Regress-Druckes nehmen, indem er bundeseinheitliche Vorab-Praxisbesonderheiten eingeführt hat .

? Woran erkennt man, ob meine Heilmittel-Verordnung unter die Praxisbesonderheiten fällt oder nicht?

GKV und KBV haben eine Diagnosenliste zusammengestellt, auf der alle Praxisbesonderheiten als ICD-10-Schlüssel gelistet sind. Sobald ein solcher ICD-10-Schlüssel – verbunden mit der auf der Liste angegebenen Diagnosengruppe des Heilmittel-Katalogs – auf der Verordnung angegeben ist, wird die Verordnung von den Prüfgremien als Praxisbesonderheit aus dem Budget herausgerechnet. (3) (4)

? Kann man bei solchen Diagnosen einfach verordnen, was man will?

Nein, die bisherigen formalen Anforderungen der Heilmittel-Richtlinie bzw. die Bestimmungen des Heilmittel-Katalogs müssen nach wie vor erfüllt werden. Formale Fehler können als „sonstiger Schaden“ dem verordnenden Arzt angelastet werden. Wichtig ist, dass der endstellige ICD-10-Schlüssel zusätzlich auf der Verordnung vermerkt ist.

[Wir sind rechtlich gezwungen, die Heilmittel-Verordnung auf die Einhaltung der Form zu überprüfen und versprechen Ihnen, dass wir uns rechtzeitig bei Ihnen melden, damit Sie auf keinen Fall für formale Fehler in Regress genommen werden können.] (1) (2)

? Wo trägt man die ICD-10-Schlüssel ein? Dafür ist doch gar kein Feld auf den Verordnungsformularen vorgesehen?

Die Verordnungsformulare sollen bis zum 2. Quartal 2013 so überarbeitet werden, dass es ein Feld für den ICD-10-Schlüssel gibt. Bis dahin können Sie den ICD-10-Schlüssel z.B. im Diagnosenfeld eintragen – das kann auch handschriftlich erfolgen. (1) (2)

? Müssen jetzt alle Heilmittel-Verordnungen grundsätzlich mit einem ICD-10-Schlüssel versehen werden?

Nein, der ICD-10-Schlüssel muss nur auf denjenigen Verordnungen eingetragen werden, die eine Praxisbesonderheit darstellen. Zusätzlich muss der ICD-10-Schlüssel bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls angegeben werden, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht, sofern sich die Diagnose auf der Indikationsliste für den langfristigen Heilmittelbedarf befindet.

[Wir prüfen die Verordnungen immer noch einmal darauf, ob es hier eine Möglichkeit gibt, von Anfang an extrabudgetär zu verordnen. Falls wir eine solche Möglichkeit sehen, melden wir uns bei Ihnen.] (1)

Inhalt

Thema: Extrabudgetär verordnen

- Kommunizieren gegen Regress-Ängste 1
- Bundesweite Praxisbesonderheiten und Langfristiger Heilmittelbedarf 3
- FAQ (häufig gestellte Fragen) speziell zum Thema Heilmittel-Regress 5
- Prüfschema Extrabudgetäre Verordnungen 6
- Krankenkassen-Checkliste „Genehmigungsverzicht“ 8

? Was ist der Unterschied zwischen den Listen „Praxisbesonderheit“ und „Langfristiger Behandlungsbedarf“?

Die beiden Listen unterscheiden sich zunächst einmal bei den Indikationen, die als ICD-10-Schlüssel gelistet sind. Außerdem gibt es bei der Liste der „Praxisbesonderheiten“ eine zusätzliche Spalte „Hinweise/Spezifikationen“, die zum Teil die Anerkennung als Praxisbesonderheit auf eine bestimmte Zeit nach dem Akutereignis beschränkt. (3) (4)

? Gelten die bisher in meiner KV vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten nicht weiter?

Das hängt davon ab, wie sich die Kassen und die KV auf Landesebene einigen. Grundsätzlich ist vorgesehen, dass auf Landesebene zusätzliche Vorab- >>>

>>> Fortsetzung Seite 3

Praxisbesonderheiten vereinbart werden können. Deshalb lohnt es, sich in nächster Zeit darauf zu achten, was in dem jeweiligen Bundesland vereinbart wird.

[Wir werden Sie darüber informieren, sobald bei uns neue Informationen zu Praxisbesonderheiten auf Landesebenen veröffentlich worden sind.] [2]

? Werden in Zukunft nachträgliche Praxisbesonderheiten nicht mehr anerkannt?

Doch, auch in Zukunft gelten alle bisherigen Regeln der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Danach muss die Prüfstelle alle vom Arzt vorgetragenen individuellen Praxisbesonderheiten ausreichend würdigen. Die bundesweiten Vorab-Praxisbesonderheiten werden schon vor der Prüfung abgezogen, wenn dies anhand des ICD-10-Schlüssels und der richtigen Diagnosengruppe zu erkennen war. [2]

? Werden bei den langfristigen Genehmigungen zukünftig nur die Fälle anerkannt, die auf der Indikationsliste für den langfristigen Heilmittelbedarf stehen?

Nein, auch in Zukunft können die Versicherten in besonders schweren Fällen Anträge bei den Krankenkassen stellen, um eine Genehmigung für einen langfristigen Heilmittelbedarf bestätigen zu lassen. Gibt die Kasse dem Antrag statt, sind die Heilmittel-Verordnungen ebenfalls extrabudgetär und damit nicht Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung. [1]

? Muss ich als Arzt irgendwelche zusätzliche Bürokratie erledigen, damit ein Patient einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf stellen kann?

Voraussetzung für die Antragsstellung durch den versicherten Patienten ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Bei der medizinischen Begründung für solche Verordnungen sollten Hinweise auf Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen enthalten sein. Allerdings besteht hier die Möglichkeit, auf unseren Therapiebericht zu verweisen.

[In unserem Bericht halten wir uns an die Struktur des MDK und berichten über Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel. Damit lässt sich der Antrag fachlich gut begründen.]

Hilfreich bei einem Patientenantrag sind schriftliche Informationen über bekannte Diagnosen, Pflegestufe, Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises sowie der Zeitpunkt, seitdem eine Heilmittel-Therapie durchgeführt wird.

[In unserer Praxis unterstützen wir die Patienten dabei, solche Anträge bei ihrer Krankenkasse zu stellen. Wir halten dazu Musteranträge bereit und sorgen dafür, dass die Anträge formal korrekt und vollständig zur Krankenkasse geschickt werden.] [1]

? Muss ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung immer der Krankenkasse vorgelegt werden?

Die große Mehrheit der Krankenkassen verzichtet auf die Durchführung eines individuellen Genehmigungsverfahrens. Bei diesen Kassen gelten alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die mit einem auf der Indikationsliste „Langfristiger Heilmittelbedarf" versehenen ICD-10-Schlüssel und der zugehörigen Diagnosengruppe automatisch als genehmigt gelten und damit extrabudgetär sind.

[Bei allen anderen Kassen sorgen wir Therapeuten dafür, dass die entsprechenden Verordnungen der Krankenkasse rechtzeitig zur Genehmigung vorgelegt werden und informieren Sie als verordnenden Arzt über das Ergebnis.] (siehe Tabelle Genehmigungsverzicht Seite 8)

? Was passiert, wenn ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung abgelehnt wird?

Wird der Antrag abgelehnt, gilt das normale Verfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls fort. Der Patient hat die Möglichkeit, gegen die Ablehnung seines Antrags innerhalb von vier Wochen Widerspruch bei seiner Krankenkasse einzulegen.

[Wir haben Musterwidersprüche für unsere Patienten und helfen dabei, diesen Widerspruch fristgerecht einzureichen.] [1]

FAQ (häufig gestellte Fragen) **speziell zum Thema Heilmittel-Regress**

Diese Fragen werden nur von Ärzten in bestimmten Bundesländern gestellt werden, die trotz der Veränderungen Angst vor einem Heilmittel-Regress haben.

? Nimmt die Regressgefahr jetzt nicht zu? Die bundesweiten Praxisbesonderheiten umfassen viel weniger Verordnungen als bisher!

Antwort: Nein, die Regressgefahr nimmt ab. Denn insgesamt ist die Liste der bundesweiten Praxisbesonderheiten zusammen mit der Diagnosenliste des langfristigen Heilmittelbedarfs deutlich länger als die meisten bisherigen Vereinbarungen auf Landesebene. [6]

? Werden die Krankenkassen jetzt beim langfristigen Heilmittelbedarf nicht sehr restriktiv werden?

Antwort: Die Ersatzkassen haben bereits erklärt, dass sie vollständig auf das Genehmigungsverfahren verzichten wollen. Auch wichtige Ortskrankenkassen haben sich bereits so erklärt. Damit ist die sehr große Mehrheit der Patienten so versichert, dass der langfristige Heilmittelbedarf automatisch anerkannt wird. (siehe Tabelle Genehmigungsverzicht Seite 8)

? Wird mein Heilmittelbudget in Zukunft kleiner?

Antwort: Die Kassen und die KBV haben sich gerade darauf verständigt, das Heilmittelausgabenvolumen für 2013 zunächst an den Werten des Jahres 2011 festzumachen. Zusätzlich können auf Landesebene weitere Steigerungen vereinbart werden. So wird jetzt in der KV Nordrhein mit 9 Prozent höheren Richtgrößenvolumen gerechnet.

[Sobald die Daten hier auf Landesebenen veröffentlicht worden sind, werden wir Sie darüber informieren.] [5]

? Ich werde trotzdem nicht verordnen, weil ich Angst vor einem drohenden Regress habe!

Antwort: Seit Anfang 2012 gilt für Richtgrößenverfahren im Heilmittelbereich die Regelung „Beratung vor Regress“. Arztpraxen, die ihr Richtgrößenvolumen (nach Abzug der individuellen Praxisbesonderheiten) erstmals um mehr als 25 Prozent überschreiten, werden zunächst beraten. Also werden Sie auch dann nicht in Regress genommen, wenn Sie zum Beispiel 300 Prozent über Ihrem Richtgrößenvolumen liegen. [6]

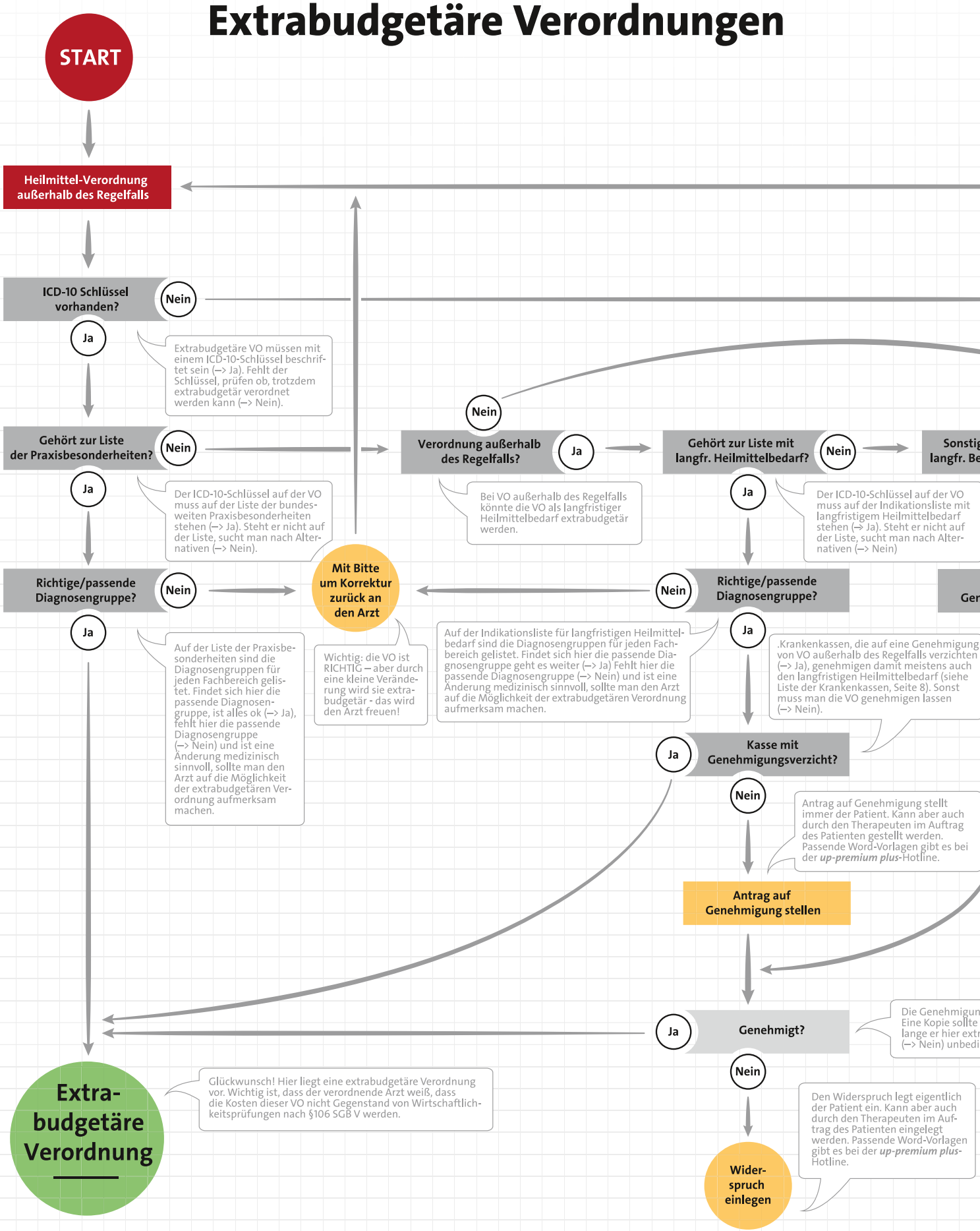
? Ich würde nur dann Verordnungen ausstellen, wenn ich mich gegen die Folgen eines Regresses versichern könnte!

Antwort: Kein Problem, eine Versicherung gegen Arznei- und Heilmittelregress kostet weniger als 400 Euro und ich kann Ihnen gern die Versicherungsdaten nennen. Damit ist eine Regresssumme bis zu 130.000 Euro abgedeckt!

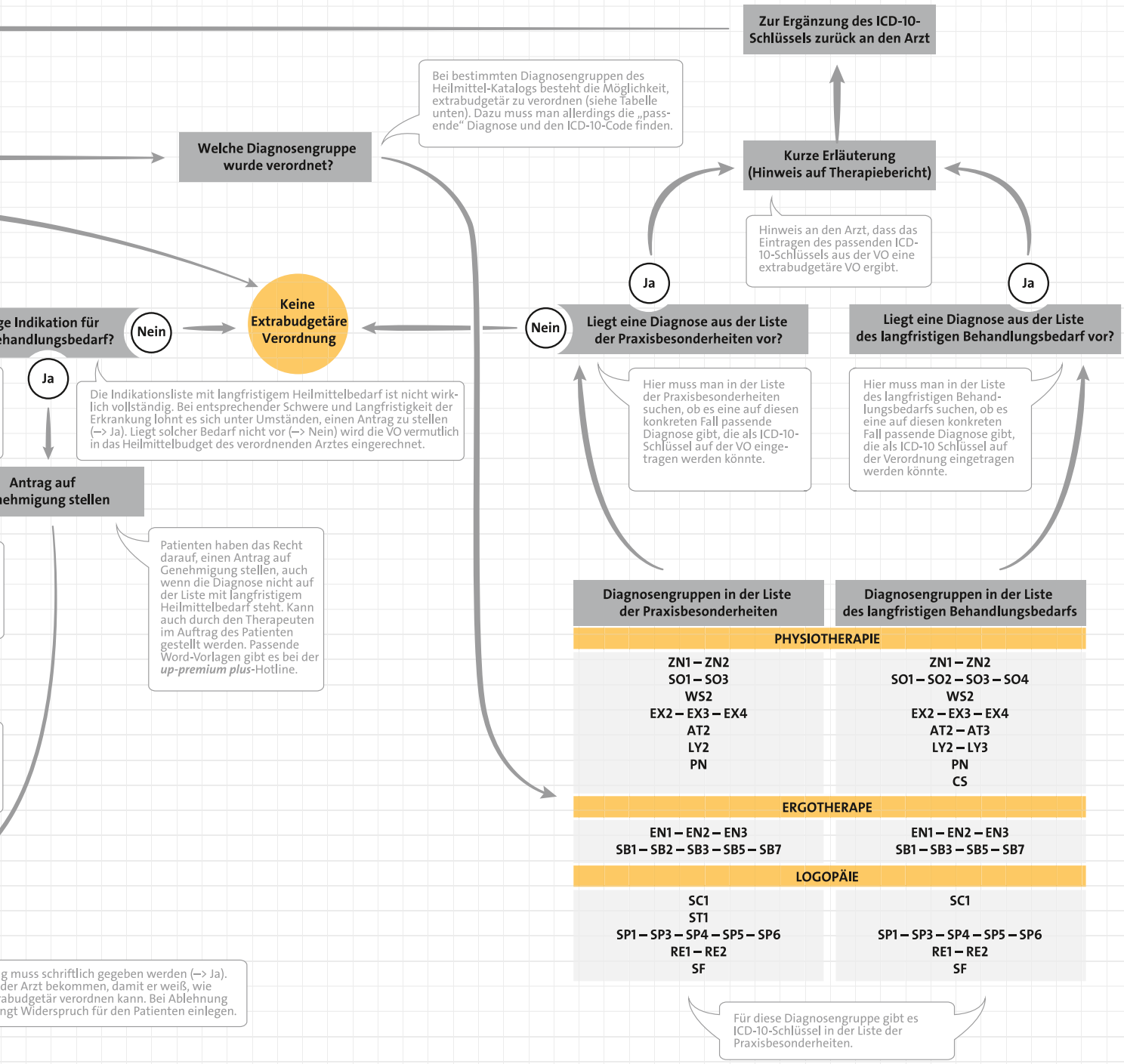
Quellen:

1. Gemeinsamer Bundesausschuss, 22.11.2012, Merkblatt zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie
2. GKV-Spitzenverband und KBV, 12.11.2012, Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V
3. GKV-Spitzenverband und KBV, 12.11.2012, Anlage 1 – Liste über Praxisbesonderheiten
4. GKV-Spitzenverband und KBV, 12.11.2012, Anlage 2 – Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf
5. GKV-Spitzenverband und KBV, 12.11.2012, Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V. mit Abs. 8 SGB V – Heilmittel – für das Jahr 2013
6. KVNO aktuell 11+12|2012, Verordnungsinfo: Vereinbarungen 2013: Längere Liste der Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln, Seite 22

Prüfschema Extrabudgetäre Verordnungen



Während der Einführung der neuen bundesweiten Vorab-Praxisbesonderheiten und dem neuen Verfahren zur Anerkennung eines langfristigen Heilmittelbedarfs lohnt es sich, Verordnungen der Ärzte daraufhin zu überprüfen, ob alle Möglichkeiten zur extrabudgetären Verordnung ausgeschöpft worden sind. Wir haben Ihnen den Ablauf als Flussdiagramm zusammengestellt.



© copyright · Buchner & Partner GmbH · 2013

Krankenkassenname	Homepage	Verordnung. außerh. d. Regelfalls §8 Abs. 4 u. Langfrister Heilmittelbedarf §8 Abs. 5 HeilM-RL
actimonda krankenkasse	www.actimonda.de	Verzicht
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	www.aok.de/niedersachsen	Verzicht nach § 8 Abs. 4 bei Logopädie und Physiotherapie für die Indikationsschlüssel LY2, LY3, AT3, ZN1, ZN2, EX4, WS2, Genehmigunspflicht bei § 8 Abs. 5
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen	www.aok.de/hessen	Verzicht für für Logopädie und Physiotherapie mit Diagnosengruppen EX4, ZN1, AT3, LY2 und LY3
AOK Baden-Württemberg	www.aok.de/baden- wuerttemberg/index.php	Zurzeit keine abschließenden Informationen.
AOK Bayern	www.aok.de/bayern	Verzicht
AOK Bremen / Bremerhaven	www.aok.de/bremen	Genehmigungspflicht
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse	www.aok.de/nordost *Sämtliche Verordnungen außerhalb des Regelfalles mit folgenden Gebührenpositionsnummern, auch in Verbindung mit einem ergänzenden Heilmittel, sind ab dem oben genannten Zeitpunkt genehmigungspflichtig:* **Maßnahmen der Physikalischen Therapie:** X0507 KG Gerät.; X0702 KG, auch AT, bei Mucoviscidose u. schweren Bronchialerkrankungen, 60 min.; X0710 KG Bobath, z. Behandlg. v. zentr. Bewegungsstörungen, nach Vollendung 18. Lj.; X0902 KG i. Bewegungsbad einschließl. Nachruhe; X2001 Stand. Heilmittelkomb., D1 **Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:** X3102 Einzelbehandlg. 30 min.; X3103 Einzelbehandlg. 45min; X3104 Einzelbehandlung 60 min **Maßnahmen der Ergotherapie:** X4102 Einzelbehandlg. b. motor. Störungen; X4103 Einzelbehandlg. b. sensomotor./perzept. Störungen; X4104 Einzelbehandlg. ergotherap. Hirnleistungstraining; X4105 Einzelbehandlg. b. psychischen Störungen; X4110 Einzelbehandlg. b. psychisch funktionellen Störungen	
AOK NordWest – Die Gesundheitskasse	www.aok.de/nordwest	Verzicht PT, ET
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	www.aok.de/aokplus	Für Thüringen: Verzicht, für Sachsen: Verzicht bei PT; Genehmigungspflicht für ZN2 und ET
AOK Rheinland/Hamburg	www.aok.de/rheinland-hamburg	Verzicht
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland- Die Gesundheitskasse	www.aok.de/rheinland-pfalz- saarland	Verzicht
AOK Sachsen-Anhalt	www.aok.de/sachsen-anhalt	Verzicht PT bei EX4, LY3, Genehmigungspflicht ET und PT bei bestimmten Leistungen wie klassische Massagetherapie, manuelle Therapie, manuelle Lymphdrainage, standardisierte Heilmittelkombinationen D1
atlas BKK ahlmann	www.abkka.de	Verzicht
Audi BKK	www.Audibkk.de	Verzicht
BAHN-BKK	www.bahn-bkk.de	Verzicht
BARMER GEK	www.barmer-gek.de	Verzicht
Bertelsmann BKK	www.bertelsmann-bkk.de	Verzicht
BIG direkt gesund	www.big-direkt.de	Verzicht
BKK 24	www.bkk24.de	Verzicht
BKK A.T.U	www.bkk-atu.de	Verzicht
BKK Achenbach Buschhütten	www.bkk-achenbach.de	Verzicht bei ET
BKK advita	www.advita-bkk.de	Verzicht
BKK Aesculap	www.bkkaesculap.de	Verzicht
BKK Akzo Nobel ·Bayern·	www.bkk-akzo.de	Verzicht bei ET
BKK B. Braun Melsungen AG	www.bkk-bbraun.de	(keine Rückmeldung)
BKK Basell	www.bkk-basell.de	Verzicht bei ET
BKK Beiersdorf AG	www.bkk-beiersdorf.de	Verzicht ET, Genehmigungspflicht PT
BKK BJB		Verzicht bei ET
BKK BPW Bergische Achsen KG Wiehl	www.bkk-bpw.de	Verzicht
BKK Braun-Gillette	www.bkk-braun-gillette.de	Verzicht
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	www.bkk-dkm.de	Verzicht
BKK der G. M. PFAFF AG	www.bkk-pfaff.de	Verzicht
BKK der MTU Friedrichshafen GmbH	www.bkk-mtu.de	Verzicht
BKK der SIEMAG	www.bkk-siemag.de	(keine Rückmeldung)
BKK der Thüringer Energieversorgung	www.bkk-thev.de	Verzicht
BKK Deutsche Bank AG	www.bkk-deutsche-bank.de	Genehmigunspflicht PT
BKK Diakonie	www.bkk-diakonie.de	Verzicht PT; ET
BKK ESSANELLE	www.bkk-essanelle.de	Verzicht
BKK EUREGIO	www.bkk-euregio.de	Verzicht
BKK EWE	www.ewe-bkk.de	Verzicht

Krankenkassenname	Homepage	Verordnung. außerh. d. Regelfalls §8 Abs. 4 u. Langfrister Heilmittelbedarf §8 Abs. 5 HeilM-RL
BKK exklusiv	www.bkkexklusiv.de	Verzicht
BKK Faber-Castell & Partner	www.bkk-faber-castell.de	Verzicht ET
BKK firmus	www.bkk-firmus.de	Verzicht
BKK Freudenberg	www.bkk-freudenberg.de	Verzicht ET
BKK G+V	www.gv-bkk.de	(keine Rückmeldung)
BKK Gildemeister Seidensticker	www.bkkgilsei.de	Verzicht
BKK GRILLO-WERKE AG	www.bkk-grillo.de	Verzicht ET
BKK Groz-Beckert	www.bkk-gb.de	(keine Rückmeldung)
BKK Heimbach	www.bkk-heimbach.de	(keine Rückmeldung)
BKK HENSCHEL Plus	www.bkkhenschelplus.de	Genehmigungspflicht PT; ET
BKK Herford Minden Ravensberg	www.bkk-hmr.de	Verzicht PT; ET
BKK Herkules	www.bkk-herkules.de	Verzicht ET
BKK IHV	www.bkk-ihv.de	Verzicht ET
BKK KARL MAYER	www.bkk-mayer.de	(keine Rückmeldung)
BKK Kassana	www.bkk-kassana.de	Verzicht ET
BKK KBA	www.bkk-kba.de	Vericht ET
BKK KEVAG KOBLENZ	www.kevag.de	Genehmigungspflicht PT, Verzicht ET
BKK Krones	www.bkk-krones.de	Verzicht ET
BKK Linde	www.bkk-linde.de	Verzicht nach § 8 Abs. 4, Antragsverfahren mit Vorlage bei § 8 Abs. 5
BKK MAHLE	www.bkk-mahle.de	Verzicht PT; ET
BKK MEDICUS	www.bkk-medicus.de	Verzicht
BKK Melitta Plus	www.bkk-melitta.de	Verzicht ET
BKK MERCK	www.bkk-merck.de	Verzicht
BKK Miele	www.bkk-miele.de	Verzicht PT; ET
BKK MOBIL OIL	www.bkk-mobil-oil.de	Verzicht
BKK Pfalz	www.bkkpfalz.de	Verzicht
BKK PHOENIX	www.bkk-phoenix.de	Genehmigungspflicht
BKK PricewaterhouseCoopers	www.bkk-pwc.de	(keine Rückmeldung)
BKK Publik – Partner der BKK Salzgitter	www.bkk-publik.de	Genehmigungspflicht
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	www.bkk-rrw.de	Verzicht
BKK RWE	www.bkkrwe.de	Verzicht
BKK Salzgitter	www.bkk-salzgitter.de	Genehmigungspflicht
BKK Scheufelen	www.bkk-scheufelen.de	Genehmigungspflicht
BKK Schleswig-Holstein	www.bkk-sh.de	Verzicht
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	www.bkk-sbh.de	Verzicht
BKK Schwesternschaft vom BRK	www.bkk-schwesternschaft.de	(keine Rückmeldung)
BKK STADT AUGSBURG	www.bkk-stadt-augsburg.de	Verzicht
BKK Technoform	www.bkk-technoform.de	(keine Rückmeldung)
BKK Textilgruppe Hof	www.bkk-textilgruppe-hof.de	Verzicht ET
BKK VDN	www.bkk-vdn.de	Verzicht bei § 8 Abs. 4, Genehmigungspflicht bei § 8 Abs. 5
BKK VerbundPlus	www.bkk-verbundplus.de	Verzicht
BKK Verkehrsbau Union (VBU)	www.meine-krankenkasse.de	Genehmigungspflicht
BKK VICTORIA – D.A.S.	www.bkk-victoria-das.de	Zurzeit keine abschließenden Informationen.
BKK VITAL	www.bkk-vital.de	Verzicht PT; ET
BKK vor Ort	www.bkkvorort.de	Genehmigungspflicht
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	www.bkk-voralb.de	Verzicht
BKK Werra-Meissner	www.bkk-werra-meissner.de	(keine Rückmeldung)
BKK Wieland-Werke	www.bkk-wieland.de	Verzicht
BKK Wirtschaft & Finanzen	www.bkk-wf.de	Verzicht
BKK Würth	www.bkk-wuerth.de	Verzicht
BKK ZF & Partner	www.bkk-zf-partner.de	Verzicht
BKK_DürkoppAdler	www.bkk-duerkopp-adler.de	(keine Rückmeldung)
BMW BKK	www.bkk-bmw.de	Verzicht PT; ET

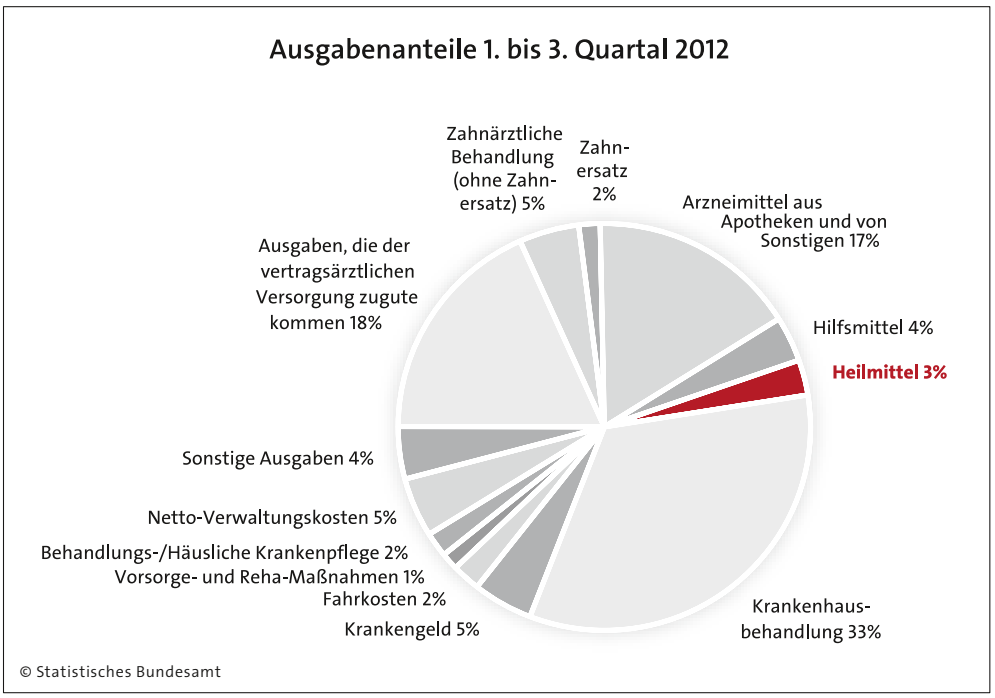
Krankenkassenname	Homepage	Verordnung. außerh. d. Regelfalls §8 Abs. 4 u. Langfrister Heilmittelbedarf §8 Abs. 5 HeilM-RL
Bosch BKK	www.bosch-bkk.de	Verzicht
Brandenburgische BKK	www.brandenburgische-bkk.de	Verzicht PT; PT
Continentale Betriebskrankenkasse	www.continentale-bkk.de	Genehmigungspflicht PT
Daimler BKK	www.daimler-betriebskrankenkasse.com	Verzicht bei § 8 Abs. 4, Genehmigungspflicht bei § 8 Abs. 5
DAK-Gesundheit	www.dak.de	Verzicht
Debeka BKK	www.debeka-bkk.de	(keine Rückmeldung)
Deutsche BKK	www.deutschebkk.de	Verzicht
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	www.die-bergische-kk.de	Verzicht
Die Schwenninger Betriebskrankenkasse	www.schwenninger-bkk.de	Verzicht
E.ON BKK	www.eon.com	Verzicht
energie-BKK	www.energie-bkk.de	Verzicht bis 31.12.2012, Bayern unbefristet
Ernst & Young BKK	www.bkk-ey.de	(keine Rückmeldung)
ESSO BKK	www.essobkk.de	Genehmigungspflicht PT
Hanseatische Krankenkasse	www.hek.de	Verzicht
HEAG BKK	www.heag-bkk.de	Verzicht ET
Heimat Krankenkasse	www.heimat-krankenkasse.de	Verzicht
hkk Erste Gesundheit	www.hkk.de	Verzicht
HypoVereinsbank BKK	www.hvb-bkk.de	Verzicht
IKK Brandenburg und Berlin	www.ikkbb.de	Verzicht
IKK classic	www.ikk-classic.de	Verzicht
IKK gesund plus	www.ikk-gesundplus.de	Verzicht PT bei den Indikationsschlüsseln EX4, ZN1, ZN2, AT3, LY2, LY3
IKK Nord	www.ikk-nord.de	Zurzeit keine abschließenden Informationen.
IKK Südwest	www.ikk-suedwest.de	Verzicht
KKH-Allianz	www.kkh-allianz.de	Verzicht
Knappschaft	www.knappschaft.de	Verzicht
Krankenkasse für den Gartenbau	www.gartenbau.lsv.de	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Baden-Württemberg	www.lsv.de/bw	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Franken und Oberbayern	www.fob.lsv.de	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	www.lsv.de/hrs	Verzicht bis längstens 30.6.2013 bei den Indikationen EN1, EX4, ZN1, ZN2, AT3, LY2, LY3, Genehmigungspflicht bei allen anderen Indikationen
LKK Mittel- und Ostdeutschland	www.lsv.de/mod	Genehmigungspflicht bis längstens 30.06.2013
LKK Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben	www.lsv.de/nos	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Niedersachsen-Bremen	www.lsv.de/nb	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Nordrhein-Westfalen Münster	www.lsv.de/nrw	Verzicht bis längstens 30.6.2013
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg	www.lsv.de/kiel	Verzicht bis längstens 30.6.2013
mhplus Betriebskrankenkasse	www.mhplus.de	Verzicht
Novitas BKK	www.novitas-bkk.de	Genehmigungspflicht
pronova BKK	www.pronovabkk.de	Verzicht
R+V BKK	www.ruv-bkk.de	Verzicht
SAINT-GOBAIN BKK	www.saint-gobain-bkk.de	Verzicht
Salus BKK – Die Gutfühlversicherung	www.salus-bkk.de	Verzicht
SECURVITA BKK	www.securvita.de	Verzicht
Shell BKK/LIFE	www.shell-bkklife.de	Genehmigungspflicht
Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)	www.sbk.org	Verzicht bei § 8 Abs. 4, Genehmigungspflicht bei § 8 Abs. 5
SKD BKK	www.skd-bkk.de	Verzicht ET (nur in Bayern)
Südzucker-BKK	www.suedzucker-bkk.de	Genehmigungspflicht
Techniker Krankenkasse	www.tk-online.de	Verzicht
TUI BKK	www.tui-bkk.de	Genehmigungspflicht
Vaillant BKK	www.vaillant-bkk.de	Verzicht
Vereinigte BKK	www.vereinigte-bkk.com	Verzicht ET
WMF BKK	www.wmf-bkk.de	Verzicht

© copyright · Buchner & Partner GmbH · Stand Dezember 2012

Krankenkassen verdienen gut

Heilmittelausgaben wachsen nur moderat

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des 1. bis 3. Quartals 2012 einen Überschuss von rund 4,05 Mrd. Euro erzielt. Damit haben sie schon nach drei Quartalen das Ergebnis des gesamten Vorjahres überholt. Das teilte das Bundesgesundheitsministerium jetzt mit. Bei den Heilmittelumsätzen ist das Wachstum nicht ganz so dynamisch. Nur um 3,9 Prozent sind die Heilmittelausgaben in den ersten drei Quartalen gestiegen.



Im vergangenen Jahr betrug das Wachstum der Heilmittelausgaben nach drei Quartalen noch immerhin sechs Prozent. Im gesamten Jahr 2011 wuchsen die GKV-Heilmittelumsätze sogar um 7,9 Prozent. Dagegen wirken die Zuwächse in diesem Jahr eher mager. Trotzdem sind die Heilmittelumsätze überdurchschnittlich gewachsen, denn die gesamten Leistungsausgaben der GKV (+3,2%) sind niedriger als die Ausgaben der GKV für Heilmittel (+3,9%).

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) geht davon aus, dass die Überschüsse der Krankenkassen im 4. Quartal 2012 nicht mehr zunehmen werden, da die Ausgaben der Kassen im vierten Quartal regelmäßig höher ausfielen als im Durchschnitt der Vorquartale. Obwohl im nächsten Jahr wegen der wegfallenden Praxisgebühr fast zwei Milliarden Euro Mindereinnahmen zu erwarten sind, titelt das Ministerium: „GKV-Überschüsse im 1. bis 3. Quartal 2012 bestätigen finanziellen Spielraum zur Abschaffung der Praxisgebühr“.

Die Patienten in Deutschland werden in diesem Jahr wieder fast 500 Millionen Euro Zuzahlung für Heilmitteltherapie bezahlen. Jetzt fehlt eigentlich nur noch die Erklärung aus dem BMG, warum die Überschüsse der GKV nicht auch dafür genutzt werden! *(bu)*

Service: Die aktuellen Daten zur GKV-Finanzentwicklung gibt es als Download auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums.

up-premium plus

Die aktuellen Daten zur GKV-Finanzentwicklung können Sie sich als ***up-premium plus***-Kunde bei der *up*-Hotline unter 0800-9477360 per E-Mail zusenden lassen.

Erläuterung zur Krankenkassen-Checkliste „Genehmigungsverzicht“

Durch die neuen Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf haben viele Krankenkassen ihre Haltung zum Verzicht auf das Genehmigungsverfahren geändert. Während die Ersatzkassen bundesweit auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten, bestehen eine ganze Reihe von Krankenkassen ganz oder teilweise auf ein Genehmigungsverfahren.

In unserer „Krankenkassen-Checkliste Genehmigungsverzicht“ geben wir einen Überblick, wie alle Krankenkassen in Deutschland zum Verzicht auf das Genehmigungsverfahren stehen. Die Daten resultieren aus einer Befragung aller Kassen von Mitte Dezember.

Zu jeder Krankenkasse ist die aktuelle Internetadresse vermerkt, so dass Sie die Kontaktdaten (z. B. Fax-Nr.) einfach nachschlagen können. Von einigen Kassen haben wir keine Rückmeldung erhalten und auch keine Informationen auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen recherchieren können. In solchen Fällen gilt die Regel: Antrag auf Genehmigung stellen.

Die Tabelle ist auf dem Datenstand vom 19.12.2012 – Sollten Sie in der Praxis von einer Krankenkasse auf abweichende Regelungen von der Liste hingewiesen werden, würden wir uns über eine kurze Rückmeldung per E-Mail (info@buchner.de) freuen. Die nächste aktualisierte Liste erscheint spätestens in drei Monaten. *(bu)*

Schon Grundschulkinder fühlen sich gestresst

Bedarf an Antistress-Programmen wächst

Schon Kinder im Grundschulalter leiden unter Stress. Das ist ein Ergebnis der Elefanten-Kindergesundheitsstudie „Große Ohren für kleine Leute", die im Sommer 2011 fast 5.000 Kinder im Alter von sieben bis neun Jahren befragt hatte. Danach fühlte sich bereits ein Viertel der Zweit- und Drittklässler gestresst – Grund genug für Praxisinhaber, mehr Antistress-Programme für Kinder zu entwickeln.

Insgesamt gab fast jedes dritte Kind die Schule als Stressfaktor an, gefolgt von „Ärger und Streit" und familiären Auslösern, heißt in der gemeinsamen Presseerklärung des Instituts für Sozialforschung (PROKIDS) und des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB). „Uns hat vor allem überrascht, dass die Schule schon so früh bei relativ vielen Kindern Stress auslöst", erklärte Studienleiterin Anja Beisenkamp. Zu den Stressfaktoren zählten etwa Hausaufgaben oder Tests. Am zweithäufigsten fühlten sich die befragten Kinder von Ärger und Streit belastet (21 Prozent). Platz drei der Rangliste belegte der Stressfaktor Familie, Eltern und Geschwister (17 Prozent).

Interessanterweise war Berlin – mit sechsjähriger Grundschule und verbreiteter jahrgangsübergreifender Schulanfangsphase – das einzige Land, in dem Schule nicht der häufigste Stressfaktor für die Kinder war, sondern erst an dritter Stelle (21 Prozent) hinter „Ärger und Streit" (29 Prozent) sowie Familie (23 Prozent) genannt wurde.

Kinder haben ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein

Die Studie ergab zudem, dass die Sieben- bis Neunjährigen ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein haben. So gaben rund 90 Prozent der Befragten an, es sei ziemlich oder sehr wichtig, gesund zu essen. Vier von fünf Kindern erklärten, oft oder sehr oft Obst und Gemüse zu essen – deutlich mehr als dies über Süßigkeiten sagten (28 Prozent). Alarmierend war allerdings, dass acht Prozent der Kinder angaben, sie erhielten nie ein Frühstück vor Schulbeginn, zehn Prozent der Schüler meinten sogar, sie bekämen nicht jeden Tag eine warme Mahlzeit.

Für die Studie, die vom Unternehmen Elefanten-Schuhe finanziert wurde, waren Grundschüler aus elf Bundesländern anonym befragt worden. Bayern, Bremen, Hamburg, Thüringen und das Saarland haben an der Umfrage nicht teilgenommen. *(ks)*

Service: Die Elefanten-Kindergesundheitsstudie 2011 finden Sie im Internet unter *https://dl.dropbox.com/u/13038373/ELEFANTEN/Elefanten-Kindergesundheitsstudie%202012.pdf*.

Änderungen der „Düsseldorfer Tabelle" zum 1. Januar 2013

Unterhaltspflichtigen bleibt künftig mehr Geld

Die Unterhaltspflichtigen in Deutschland dürfen ab 2013 mehr Geld für sich behalten – die Sätze für den Kindesunterhalt bleiben dagegen unverändert. Das teilte das Oberlandesgericht Düsseldorf mit.

Der notwendige Selbstbehalt wird sich für Erwerbstätige, die für Kinder bis zum 21. Lebensjahr unterhaltspflichtig sind, von 950 auf 1.000 Euro erhöhen. Für nicht erwerbstätige Unterhaltsverpflichtete steigt der Selbstbehalt von 770 auf 800 Euro. Auch der Selbstbehalt gegenüber den volljährigen Kindern, die nicht mehr in der Schule sind, steigt von 1.150 auf 1.200 Euro. Bei einem nichtehelichen Kind liegt der Selbstbehalt ab 2013 bei 1.100 statt 1.050 Euro. Mit der Erhöhung reagierten die Familienrichter auf die zum 1. Januar steigenden Hartz-IV-Sätze.

Unverändert bleiben dagegen die Sätze für den Kindesunterhalt: Sie liegen zwischen 317 Euro für ein Kleinkind bei einem Nettoeinkommen bis 1.500 Euro und 781 bei einem volljährigen Kind und einem Nettoeinkommen bis 5.100 Euro.

Seit 1962 wird die „Düsseldorfer Tabelle" zur einfacheren Berechnung der Unterhaltssätze erstellt. Sie hat keine Gesetzeskraft, sondern stellt lediglich eine Richtlinie dar. In Abstimmung mit den anderen Oberlandesgerichten und dem Deutschen Familiengerichtstag werden u. a. die Regelsätze für den Kindesunterhalt festgelegt und alle zwei Jahre aktualisiert. *(ks)*

Nach sechs Jahren belastbare Zahlen vorgelegt

Pilotprojekt Kinzigtal macht Physiotherapeuten Konkurrenz

Nach sechs Jahren legt das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ stolz belastbare Zahlen des eigenen Erfolgs vor. Das Ergebnis: Die Patienten im Kinzigtal im Schwarzwald leben durch die bevölkerungsbezogene integrierte Versorgung (IV) länger. Die Physiotherapeuten der Region sind zwar an dem Projekt beteiligt, aber deswegen nicht eben überschwänglich. Vor allem fürchten sie, dass ein neues Gesundheitszentrum, das Ende 2013 fertig sein soll, ihnen Patienten abspenstig macht.

Ziel des Konzeptes Kinzigtal war es, den Krankheiten der rund 32.000 AOK- und LKK-Versicherten im Kinzigtal zuvorzukommen, „auf lange Sicht die Gesundheit auf einem hohen Niveau zu halten, die Lebensqualität der Patienten zu steigern und somit Kosten zu vermeiden“. Die eingeschriebenen Patienten werden deshalb zu gezielten Vorsorgeuntersuchungen eingeladen, um chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzkreislauf-Erkrankungen und psychischen Leiden möglichst früh mit passenden Behandlungen entgegentreten zu können. Dazu hat Gesundes Kinzigtal besondere Programme entwickelt, organisiert Vorträge und Schulungen.

Physiotherapeuten an zwei Projekten beteiligt

Zwei Projekte davon setzen auf Kooperation mit Physiotherapeuten. Das Programm „Starke Muskeln, feste Knochen“ will helfen, Osteoporose vorzubeugen. Die Programm-Leistungen werden vom Orthopäden verschrieben. Sie umfassen unter anderem Knochendichtemessungen, Ernährungsberatungen oder Bewegungsangebote bei Osteoporose-Trainern oder Physiotherapeuten. „Patienten mit erhöhtem Risiko werden ins Programm eingeladen und in Gruppen von vier bis acht Teilnehmern von Physiotherapeuten versorgt“, berichtet Friedrich Fichtner, Leiter des Versorgungsmanagements des Gesunden Kinzigtales. Die Kosten trägt zur Hälfte die Gesundes Kinzigtal GmbH und zur anderen Hälfte die Patienten. „Besuchen sie die Kurse regelmäßig, erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer 25 Prozent der Kosten erstattet“, so Fichtner. Neun Physiotherapie-Praxen machen mit.

Seit Spätsommer 2011 ist ein zweites Programm dazu gekommen: „Starker Rückhalt, mein starker Rücken.“ An insgesamt 16 Gruppenabenden mit ärztlichen Vorträgen oder Gruppensitzung bei Physiotherapeuten werden unter anderem Ausdauer, Bücken, Heben Tragen und die Koordination geübt, sowie über das Krankheitsbild informiert. „Das nützt den Patienten eindeutig“, sagt Physiotherapeutin Daniele Giesler, die ihre Praxis in der Region Kinzigtal hat, „allerdings nur so lange wie die Patienten zu Hause weiter üben.“

Immer weniger Patienten

Beim Osteoporoseprogramm sind die Patientenströme offenbar versiegt und das obwohl das Programm nach Angaben der Organisatoren erfolgreich war. So habe unter den Teilnehmern 22,4 Prozent eine Fraktur erlitten, 30 Prozent unter den Nichtteilnehmenden, hat eine Forschungsgruppe der Universität Köln ermittelt. Das bestätigt auch Physiotherapeut Jürgen Harter, der seine Praxis in Hornberg hat. „Das Programm hat gut funktioniert, aber inzwischen werden immer weniger Patienten eingeschrieben“, so Harter.

Was den Physiotherapeuten in der Region aber weit mehr Sorgen macht, ist die geplante „Gesundheitswelt Kinzigtal“, ein Therapiezentrum, das Bewegungs-, Gesundheits-, und Bildungsangebote unter einem Dach vereinen soll. „Wir fürchten, dass dort Therapieflächen entstehen sollen, die unseren Angeboten Konkurrenz machen“, sagt Physiotherapeutin Giesler. Die Befürchtung bestätigt auch Projektmanager Christian Melle: „Wir sind auch schon auf eine Praxis zugegangen, um sie unter Umständen ins neue Haus zu holen. Aber eigentlich streben wir ein gerätegestütztes Angebot an, das zwischen Physiotherapie und medizinsicher Trainingstherapie liegt“, sagt Melle. Die Physiotherapeuten in der Region bleiben beunruhigt: Giesler: „Ich bin mal gespannt, was da rauskommt.“ *(ben)*

i Hintergrund

Das Projekt finanziert sich über Patienten-Pauschalen, die die Krankenkassen an die Gesundes Kinzigtal GmbH überweisen. Die GmbH verdient nur dann, wenn die IV die Bevölkerung messbar gesünder macht. Die Evaluation von sechs Jahren Kinzigtal konnte nachweisen, dass die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit in den ersten beiden Jahren nach der Einschreibung in das IV-Projekt Kinzigtal bei 1,76 Prozent liegt, in der Kontrollgruppe liegt sie mit 3,74 Prozent mehr als doppelt so hoch. Die Kassen sparen 151 Euro pro Jahr und Patienten im Vergleich zu Patienten, die nicht in das Projekt eingeschrieben sind, hieß es.

Keine Heilbehandlung im Sinne des Umsatzsteuergesetzes

Schwimm- und Aquafitness-Kurse unterliegen der Umsatzsteuer

Schwimm- und Aquafitness-Kurse sind nicht von der Umsatzsteuer befreit. Das hat das Finanzgericht Münster kürzlich entschieden. Solche Kurse seien nicht als Heilbehandlung im Sinne des Umsatzsteuergesetzes (UStG) anzusehen, auch wenn die Krankenkasse diese als Präventionsmaßnahme anerkennt.

Im vorliegenden Fall hatte eine Physiotherapeutin eine private Schwimmschule betrieben. Für ihre Kurse Baby- und Kleinkinderschwimmen, Schwimmunterricht für Kinder und Erwachsene und Aquafitness-Kurse hatte sie ein Lehrschwimmbecken in einem Gesundheitszentrum angemietet. Teilweise führte sie die Kurse selbst durch, teilweise übernahm dies ein Sportlehrer. In ihren Umsatzsteuererklärungen sowie den Voranmeldungen behandelte sie die Aquafitness-Kurse als steuerfrei, für die anderen Kurse wandte sie den ermäßigten Umsatzsteuersatz von sieben Prozent an.

Die Finanzrichter sahen das anders: Die Aquafitness-Kurse seien nicht als Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin anzusehen, auch wenn die Krankenkasse sie als Prävention anerkennt. Nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung seien u. a. die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut (Krankengymnast), Hebamme oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit steuerfrei, heißt es in dem Urteil. Nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs müsse diese Heilbehandlung aber durch einen Unternehmer erbracht werden, der über die erforderliche Berufsqualifikation verfüge. Auch eine ermäßigte Besteuerung sei in diesem Falle nicht gegeben, da die Klägerin kein Schwimmbad betreibe (Az.: 5 K 1778/09 U).

Eine Revision zum Bundesfinanzhof ließ das Gericht zu, allerdings hatten die Richter bereits im November 2011 die Steuerbefreiung der Umsätze eines Lehrers abgelehnt, der ebenfalls eine private Schwimmschule betrieb (Az.: 15 K 1041/08 U). *(ks)*

Viele Rückenoperationen unnötig

Physio- oder Schmerztherapie bessere Alternativen zur OP

87 Prozent aller Rückenoperationen in Deutschland sind unnötig. Das erklärte die Techniker Krankenkasse (TK) nach Auswertungen ihres Angebots „Zweitmeinung vor Wirbelsäulen-Operationen“, das es seit drei Jahren gibt. Es gebe auch schonende Behandlungen wie Physio- oder Schmerztherapie als Alternativen zur OP.

Die Auswertung der TK-Daten habe gezeigt, dass die Zahl der operativen Rücken-Eingriffe bei den TK-Versicherten zwischen 2006 und 2011 um 25 Prozent gestiegen sei, heißt es in einer TK-Pressemitteilung. „Der Trend zur Operation ist deutlich“, erklärte Michael Schultz, Versorgungsexperte bei der TK und empfiehlt, vor einer Rückenoperation kostenlos eine professionelle Zweitmeinung einzuholen.

In einem von 30 bundesweit eingerichteten Schmerzzentrum untersuche ein Expertenteam aus Physio-, Schmerz- und Psychotherapeuten den Patienten erneut und empfehle gegebenenfalls eine Alternative zur OP. „Gerade im Rückenbereich gibt es häufig die Möglichkeit einer schonenderen Behandlung“, so Schultz weiter. Eine Operation berge auch immer Risiken. Inzwischen haben schon mehr als 600 Patienten das TK-Angebot genutzt. Bei über 530 von ihnen konnten die Experten schonendere Alternativen zur Operation wie Physio- oder Schmerztherapie empfehlen.

Auch der Krankenhaus-Report 2013 der AOK bemängelt die Zunahme der stationären Behandlungen, die seit 2005 um 11,8 Prozent je Einwohner gestiegen sei, heißt es in einer Presseinformation des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). „Hinzu kommt, dass sich die Mengenentwicklungen vor allem in denjenigen Fallgruppen vollziehen, die wirtschaftlichen Gewinn versprechen“, so WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber Jürgen Klauber. So habe sich die Zahl der Wirbelsäulenoperationen bei AOK-Versicherten zwischen 2005 und 2010 mehr als verdoppelt.

Der neue Krankenhaus-Report zeige den Handlungsbedarf auf, erklärte Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes. Die „enorme Mengenentwicklung bei Krankenhausbehandlungen darf nicht dazu führen, dass unnötig operiert wird oder die Qualität nicht stimmt.“ *(ks)*

Praxischefs dürfen Plaudertaschen kündigen

Praxisinhaber dürfen Mitarbeitern kündigen, wenn diese Konkurrenten Informationen zukommen lassen oder dort eine Nebentätigkeit annehmen. Das hat das Landesarbeitsgericht (LAG) Rheinland-Pfalz in Mainz kürzlich entschieden. Dies gelte auch ohne eine ausdrückliche Regelung im Arbeitsvertrag.

Das Wettbewerbsverbot gilt auch bei freien Berufen, befand das Gericht. Im vorliegenden Fall hatte eine Diplom-Betriebswirtin als Angestellte eines großen Steuerberaterbüros mehrfach Mails mit zwar allgemeinen aber wichtigen Informationen an zwei andere Steuerberater weitergegeben. Einer davon war ihr Lebensgefährte, bei dem sie später eine Nebentätigkeit annahm, ohne es ihrem Arbeitgeber mitzuteilen.

Als das Steuerbüro davon erfuhr, wurde der Mitarbeiterin fristlos gekündigt, hilfsweise mit ordentlicher Kündigungsfrist. Das Arbeitsgericht Kaiserslautern hielt die ordentliche Kündigung für wirksam, wie auch das LAG jetzt bestätigte.

Die Mainzer Richter begründeten ihre Entscheidung damit, dass einem Arbeitnehmer generell „jede Konkurrenztätigkeit zum Nachteil seines Arbeitgebers untersagt“ sei. Ein solches Wettbewerbsverbot gelte grundsätzlich auch für die Ausübung von Nebentätigkeiten. Eine Kündigung ohne vorherige Abmahnung sei zulässig, wenn es sich um „schwerwiegende Pflichtverletzungen handelt“ und vom Arbeitnehmer eine „Verhaltensänderung in Zukunft nicht zu erwarten“ sei (Az. 9 Sa 80/12). *(ks)*

Befreiungsregelungen bei Zuzahlung über den Jahreswechsel

Zum Jahreswechsel gibt es Patienten, die bis Ende des Jahres von der Zuzahlung befreit sind, aber in den ersten Monaten schnell die jeweiligen Zuzahlungsgrenzen erreichen. Diese erhalten dann für den Rest des Kalenderjahres wieder den Status „Befreit“. Die Zuzahlungsverpflichtung bei diesen Patienten gilt bei Behandlungen nach dem 31. Dezember auch für bereits begonnene Verordnungen. Auch dann, wenn auf der Verordnung aus dem alten Jahr noch ein Vermerk über die Befreiung von der Zuzahlung angebracht ist.

Hier hilft ein Blick in die Mitteilung des IKK-Bundesverbandes an die Heilmittelverbände aus dem Jahr 2003. Dort heißt es zum Thema Zuzahlungsbefreiung: „Bezogen auf die Verordnungsgebühr ist der Tag der erstmaligen Inanspruchnahme der verordneten Leistung maßgebend.“ Wurde also die Verordnung in 2012 (Patient noch befreit) ausgestellt, fällt die Verordnungsgebühr nicht an, wenn die erste Behandlung ebenfalls in 2012 stattfindet. Findet die erste Behandlung jedoch in 2013 statt, muss die Verordnungsblattgebühr als Zuzahlung eingezogen werden.

Weiterhin heißt es in der Mitteilung: „Bezogen auf die 10-prozentige Kostenbeteiligung ist das Datum der Inanspruchnahme des jeweiligen Heilmittels maßgeblich“. Sprich, das Behandlungsdatum entscheidet über die Zuzahlung des prozentualen Anteils.

Ein Rechenbeispiel:
Eine Heilmittelverordnung (10x Heilmittel für je 15 Euro) wird am 1. Dezember 2012 für einen Patienten ausgestellt, der von der Zuzahlung bis zum 31.12.2012 befreit ist. Dieser Befreiungsvermerk findet sich auch auf der Verordnung. Die ersten acht Behandlungen finden noch im Dezember 2012 statt. Die beiden letzten Behandlungen werden im Januar 2013 erbracht. Der Patient ist ab dem 1.1.2013 wieder zuzahlungspflichtig. Nach den oben festgelegten Regeln läuft die Abrechnung wie folgt:

Rechnung an die Krankenkasse über 10x15 Euro (Zwischensumme 150 Euro) abzüglich der vom Therapeuten einzuziehenden Zuzahlung in Höhe von 2x 1,50 Euro (2x 10% von 15 Euro=3 Euro) ergibt den von der Krankenkasse zu überweisenden Betrag in Höhe von 147 Euro. (Anmerkung: Die Verordnungsblattgebühr in Höhe von 10 Euro wird nicht als Zuzahlung fällig, weil der erste Behandlungstermin in den Zeitraum fällt, bei dem der Patienten noch den Statuts „Befreit“ hatte.)

Diese Regelung des IKK-Bundesverbandes aus 2003 ist auf unsere Nachfrage hin mehrfach vom Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin als immer noch gültig bestätigt worden. Sollten einige wenige Krankenkassen Rechnungen wegen falsch abgezogenen Zuzahlungsbeträgen kürzen, können Sie diese Beträge mit Hinweis auf die IKK-Regelung nachfordern. *(bu)*

Erfolgreich interdisziplinär zusammenarbeiten

Gemeinsam im Kampf gegen die Kinderpfunde

Inzwischen ist jedes fünfte Kind in Deutschland übergewichtig – Tendenz steigend. Grund genug gegenzusteuern, sagte sich auch der Segeberger Allgemeinarzt Dr. Michael Emken, der das ambulante Trainingsprogramm „junior marvelesse" ins Leben rief und gemeinsam mit Sporttherapeuten, Ernährungswissenschaftlern und Psychologen dicke Kinder auf ihrem schwierigen Weg zu Gesundheit und Wohlergehen in späteren Jahren unterstützt.

Schon 2004 entwickelte der 43-jährige Allgemeinmediziner, der in seiner Praxis oft übergewichtige Erwachsene mit Spätkomplikationen behandelt, auf der Grundlage der Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sein ambulantes Trainingsprogramm für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Selbstmanagement, damals noch unter dem Namen „Bella Bimba – MaxiPower". Sein Ziel: Den Kindern und ihren Familien zeigen, wie sie ihr Verhalten ändern können.

Gleichberechtigtes interdisziplinäres Team

Als Partner gewann Dr. Emken Sportvereine in Schleswig-Holstein, der erste Durchgang startete im Januar 2005 beim SV Tungendorf in Neumünster. Inzwischen läuft dort bereits der achte Kurs. Seit anderthalb Jahren ist die freiberufliche Physiotherapeutin Friederike Lass-Hennemann mit im Boot. „Das Spannende daran ist", so die 27-Jährige, die 2007 ihren Abschluss machte, „dass wir in einem interdisziplinären Team gleichberechtigt zusammenarbeiten." Dazu gehören Ärzte, Diätassistenten oder Ökotrophologen, Physiotherapeuten, Sportlehrer und Motopädagogen sowie Psychologen und Sozialpädagogen. „Und als fünfte Säule eigentlich noch die Eltern, die in regelmäßigen Schulungen in die Therapie einbezogen werden."

Mittlerweile wird „junior marvelesse" an neun Standorten in Schleswig-Holstein angeboten, erklärt Dr. Emken nicht ohne Stolz. Ein Jahr lang begleiten die etwa 40 Trainer, die auf Honorarbasis arbeiten, die Mädchen und Jungen zwischen acht und zwölf Jahren. Die monatliche Teilnahmegebühr beträgt 130 Euro, die bei einer medizinischen Verordnung bis zu 95 Prozent von den Krankenkassen erstattet wird. Somit bleibt dann lediglich ein Eigenanteil von sieben Euro pro Monat.

Spaß steht im Vordergrund

„Der Spaß soll bei unserem Trainingsprogramm im Mittelpunkt stehen", meint Friederike Lass-Hennemann. Hier können die Kinder und Jugendlichen, von denen einige kaum Sport machen, verschiedene Sportarten kennenlernen, von Fuß- und Volleyball über Trampolinspringen bis zum Krafttraining. Trainiert wird in Grup-

pen von maximal zwölf Kindern – betreut von ihr und zwei Motopädagogen. Problematisch für die Gewichtsabnahme seien die Sommerferien, so die Therapeutin, „das ist immer ein Ausnahmezustand“. Doch erfreulich sei es, dass der laufende Durchgang in Neumünster positive Ergebnisse aufweisen konnte: Zur Halbzeit haben immerhin neun von elf Kindern das neue Gewicht halten bzw. verringern können.

Generell sei es allerdings schwierig, das Gewicht auch über Jahre zu halten. So hat eine Langzeitstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kürzlich ergeben, dass die Maßnahmen zur Gewichtsreduktion übergewichtiger Kinder und Jugendlicher nur begrenzt Wirkung zeige: Zwar konnten rund 56 Prozent der Teilnehmer ihr Übergewicht reduzieren, doch zwei Jahre später lag die Quote nur noch bei 14 Prozent. Ein Problem, das auch Dr. Emken kennt. „Im Rahmen der Studie haben wir Kinder teilweise zwei Jahre beobachtet, aber das ist nicht immer leicht.“ Die äußeren Einflüsse spielten eine große Rolle, ob man wieder in den alten Trott verfalle. Daher überlegt er derzeit, eine Sportgruppe zu gründen, die noch ein Jahr nach Therapieende weiter läuft.

Optimal wäre es, so der Allgemeinarzt weiter, wenn die Kinder nach einer Behandlung in einer stationären Einrichtung ein Jahr lang an einer ambulanten Therapie teilnehmen könnten. Doch das scheitere leider häufig daran, dass die Krankenkassen innerhalb von drei Jahren lediglich eine Therapie genehmigen.

Doch resignieren wird Dr. Emken nicht. Er arbeitet weiter an dem Ausbau von „junior marvelesse“ und sucht im Moment für Ahrensburg und Geesthacht weitere Physiotherapeuten auf Honorarbasis. Denn eines sei sicher: Nichtstun verschlimmert nur die Lage! *(ks)*

Dr. Michael Emken ist Initiator und ärztlicher Leiter des Programms.

Die Physiotherapeutin Friederike Lass-Hennemann ist begeistert von der interdisziplinären Arbeit.

Die unterschiedlichen Trainingsbereiche werden durch professionelle Trainer aus den jeweiligen Fachgebieten durchgeführt. An das Thema Medizin führt ein Arzt mit Erfahrung in der Behandlung von übergewichtigen Kindern und Adipositas die Teilnehmer heran. Für die Ernährung stehen eine Diätassistentin oder Ökotrophologin bereit. Der Bereich Bewegung wird von mehreren Sporttherapeuten geleitet. Hierzu zählen Physiotherapeuten, Sportlehrer und Motopädagogen. Den Bereich Kompetenztraining und Psychosoziales übernehmen Psychologen und Sozialpädagogen. Dieselben Trainer führen die Elternveranstaltungen durch.

Quelle: www.junior-marvelesse.de

Kontakt: junior marvelesse, Dr. Michael Emken, Ärztlicher Leiter des Programms, AP: Frank Rohwedder, Kurhausstraße 84, 23795 Bad Segeberg, Tel.: 04551-882665, E-Mail: f.rohwedder@junior-marvelesse.de, www.junior-marvelesse.de

Der Abrechnungstipp:

Empfangsbestätigung durch den Patienten

Ohne die Quittung des Patienten für die jeweils erhaltene Leistung, gibt es kein Honorar von der Krankenkasse. Für die Unterschrift des Patienten auf der Rückseite der Heilmittel-Verordnung sind die Vorschriften klar und eindeutig. Ein Blick in die Regeln zeigt, wie man sich so verhält, dass es später keine Rückforderungen durch die Kasse gibt.

§ GRUNDREGELN

- „Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen…“ heißt es in § 18 Abs. 3 der Rahmenempfehlungen. Was man unter „verständlich darzustellen“ zu verstehen hat, wird von Kasse zu Kasse unterschiedlich interpretiert. Manche Kassen akzeptieren keine Kürzel, sondern wollen ausgeschriebenen Text. Dann kann man sich damit helfen, dass man die erste Leistungsquittung ausschreibt (z.B. Krankengymnastik) und dahinter das Kürzel KG. Dann kann man in den folgenden Zeilen problemlos mit dem Kürzel weiterarbeiten.
- Weiter heißt es in den Rahmenempfehlungen: „… und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.“ Damit wird ganz eindeutig festgelegt, dass man Patienten nicht alle Termine auf einmal unterschreiben lassen darf. Es sind nur die Unterschriften nur gültig, die am Tage der Leistungserbringung erbracht wurden.
- Liegt die Verordnung im Original nicht vor (weil zum Beispiel bei der Krankenkasse zum Genehmigungsverfahren eingereicht), dann muss die Leistung auf einem gesonderten Beiblatt vom Patienten quittiert werden. Diese Quittung darf nicht auf die Originalverordnung übertragen werden, sondern muss als Beiblatt zusammen mit der Verordnung übermittelt werden (§ 18 Abs. 4 Rahmenempfehlung).
- Der Patient darf nur genau die Leistungen erhalten und quittieren, die auf der Verordnung vom Arzt angegeben sind. Der Therapeut darf im Rahmen der Kassenverordnung auch nur die Leistung erbringen, die vom Arzt verordnet worden sind.
- Der Patient selbst muss eigenhändig den Erhalt der Leistung quittieren.
- Nur in begründeten Ausnahmefällen kann „dessen Vertreter oder Betreuungsperson“ als Ersatz quittieren. „Als Betreuungsperson gilt auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.“ Der Status der Betreuungsperson sollte auf der Rückseite genannt werden (zum Beispiel Pfleger).
- Liegen solche begründeten Ausnahmefälle vor, muss dieser Grund auf der Rückseite der Verordnung benannt werden (zum Beispiel Hemiparese).
- Leistungsquittungen durch Kinder werden von einigen Kassen erst ab dem vollendeten 7. Lebensjahr anerkannt (Beschränkte Geschäftsfähigkeit Minderjähriger § 106 BGB).

SELBST KORRIGIEREN

- Wenn auf der Rückseite der Verordnung korrigiert wird – zum Beispiel wegen eines falschen Datums- dann sollte die Korrektur deutlich erkennbar sein. Der fehlerhafte Eintrag wird durchgestrichen und daneben die Korrektur.
- Tipp-Ex oder ähnliche Hilfsmittel zur Korrektur sind nicht zulässig.

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Korrekturen durch Ärzte und Krankenkasse bei der Empfangsbestätigung des Patienten sind nicht vorgesehen.

BESONDERHEITEN

- Bei zahnärztlichen Verordnungen auf Muster 16 sind nur 3 Quittungsfelder vorgesehen. Trotzdem dürfen Zahnärzte mehr Behandlungen je Rezept verordnen. Die Quittung erfolgt dann auf einem separaten Beiblatt, das bei der Abrechnung dem Originalrezept beigefügt wird.
- Bei Privat-Verordnungen gibt es keine Regel, die das Einholen einer Leistungsquittung erforderlich macht. Allerdings hat es sich vielfach bewährt, auch Privatpatienten um eine Leistungsquittung nach jeder Behandlung zu bitten. Damit kann im Streit nachgewiesen werden, wann welche Leistungen erbracht wurden. Außerdem müssen die jeweiligen Therapeuten nicht je nach Kostenträger umdenken, sondern der Ablauf je Behandlungssitzung ist hinsichtlich der Leistungsquittung immer gleich.

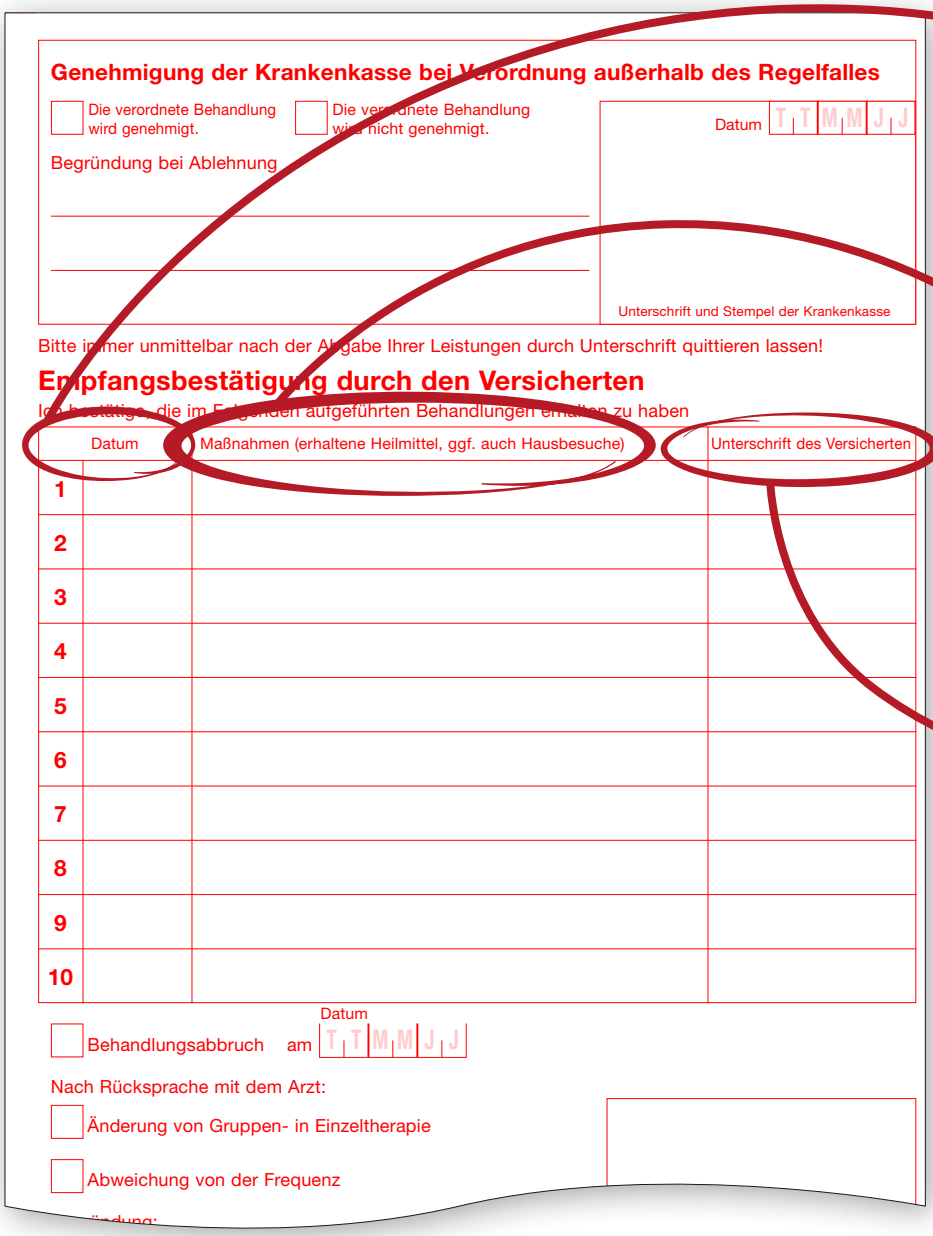
ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Die Frage, wann und wo die Leistungsquittung durch den Patienten erfolgt, wird in vielen Praxen unterschiedlich gehandhabt. Wichtig ist es immer den gleichen Ablauf zu befolgen, damit Patienten nicht versehentlich vergessen, zu unterschreiben.
- Der sichererste und psychologisch optimale Zeitpunkt für die Leistungsquittung ist zum Ende der Behandlungseinheit. Hier fragt der Therapeut den Patienten, ob er mit der Behandlung zufrieden ist und lässt sich die Behandlungsdurchführung direkt bestätigen.

- Über viele Jahre war es in manchen Praxen üblich, die Leistungsquittung gleich pauschal zu Beginn der Behandlung anzunehmen, oder bei der letzten Behandlung alle Leistungen auf einmal abzeichnen zu lassen. Das ist ein klarer Verstoß gegen die Rahmenverträge.
- Patienten dürfen nur für Leistungen unterschreiben, die auch wirklich abgegeben worden sind. Unzulässig ist es zum Beispiel bei einer KG Verordnung, Osteopathie durchzuführen und dafür je zwei Behandlungseinheiten KG quittieren zu lassen.
- Solche „falschen Quittungen“ werden gerade auch im Zusammenhang mit falschen Behandlungsdaten als Betrug rechtlich verfolgt. In einigen Fällen sind Praxisdurchsuchungen durch die Staatsanwaltschaft veranlasst worden. In anderen Fällen sind Patienten einzeln zu den Umständen der Quittierung befragt und bei allen nachweisbaren Falschquittungen das volle Honorar erfolgreich zurückgefordert worden. Zusätzlich wird im Falle eines Betruges eine Vertragsstrafe fällig. Außerdem folgt ein Strafverfahren vor Gericht. *(bu)*

up-premium plus

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



Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

☐ Die verordnete Behandlung wird genehmigt. ☐ Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum T T M M J J

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

☐ Behandlungsabbruch am Datum T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

☐ Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

☐ Abweichung von der Frequenz

1 Der Patient darf die Leistung nur am Tage der Behandlung quittieren.

2 Die Maßnahme muss verständlich dargestellt sein. Jede Leistung, die abgerechnet werden soll, muss hier verständlich dargestellt werden und vom Patienten quittiert werden.

3 Der Patient darf nur genau die Leistungen quittieren, die auf der Verordnung vom Arzt angegeben sind. Er muss eigenhändig unterzeichnen.

Selbstmarketing

Rücken Sie Ihr Angebot ins rechte Licht

Regelmäßig ist unser Terminkalender so voll, dass wir in ein starres Arbeiten verfallen. Wir schütten unser Herzblut in die Behandlung, in unser Team, in den Gesamterfolg …, aber wir vergessen, an ein kluges Einsteuern der Außenwirkung zu denken. Es kommt noch schlimmer: Termindruck ist die Regel, eine Kassenabrechnung ist komplizierter als erwartet, das Budgetziel wird nicht erreicht, ein Mitarbeiter fällt länger aus … und schon verschwinden wir noch tiefer hinter unseren Arbeitsbergen und sind auf den ersten Blick vor allem eins: mit unserer Leistung nicht sichtbar. Wie Praxischefs das ändern können, erklärt die Kommunikationsberaterin Monika Radecki in ihrem Buch „Marke »Ich«". Für *unternehmen praxis* hat sie die wichtigsten Tipps zusammengestellt.

Selbstmarketing? Was ist das?!

Sie zucken zusammen, weil Sie „sich" nicht verkaufen sollen? Sie sind der Supermann, die Superwoman auf den zweiten Blick? Sie finden es prahlerisch, Ihre eigenen Stärken hervorzuheben? Dann sind Sie in bester Gesellschaft. Viele Menschen meinen, ihnen stünde nicht zu, zu sagen, was sie gut an sich finden. Und doch gibt es in der Berufswelt Profis, von denen man lernen kann, sich zu verkaufen (ohne seine Seele zu verkaufen).

- **Marketing:** Verkaufen: Ein Produkt wird mit seinen hervorstechenden guten Merkmalen gezeigt. Dabei beachtet man, wen man anspricht – und seiner Sprache gleicht man sich an. Ein Schokoriegel macht mobil, denn es steckt eine Menge Energie drin. Das ist stark.
- **PR:** Öffentlichkeit herstellen: Unsere Welt ist voller Infos – und jede Info birgt etwas Neues, bisher Ungesagtes. Also braucht jede gute PR ein vertrauenerweckendes Image. Presseleute wissen: Nur wer mir glaubt, gibt meine Info weiter. Also müssen Kontakte gepflegt werden, und die jeweilige Botschaft muss glaubhaft und nachprüfbar sein.

Stärken-Schwächen-Analyse

Wer Marketing und PR in eigener Sache machen will, aber nicht weiß, wo anfangen, sollte wissen, worin genau seine Stärken bestehen. Mit Stärken kann man gut hausieren gehen. Das kennen Sie selbst: Reden Sie gern mit jemanden, von dem Sie wissen, dass er zehn Minuten jammern wird, wenn Sie ihn nach seinem Wohl und Ergehen ansprechen? Das bedeutet für Sie: Viel angenehmer und informativer ist es, mit jemandem zu sprechen, dem es gut geht, der sein Ding macht und dabei noch mit beiden Beinen fest auf dem Boden steht. Machen Sie es ebenso.

Überlegen Sie einen Moment: Kennen Sie Ihre Stärken – persönlich und in der Praxis? Wenn Ihnen das auf die Schnelle nicht einfällt, besinnen Sie sich darauf, was Ihre Freunde, Ihre Mitarbeiter und Kollegen an Ihnen schätzen. Wer professionell Öffentlichkeit in eigener Sache herstellen möchte, sollte zwischen persönlichen und beruflichen Stärken und Schwächen unterscheiden können. Notieren Sie zu vier Aspekten:

- Meine persönlichen Schwächen und Probleme
- Meine persönlichen Stärken
- Meine Schwächen und Probleme in der Praxis
- Meine Stärken in der Praxis

Tipp: Ihre persönlichen Stärken und Ihre Stärken in der Praxis – das sind die Stellen, an denen Sie Ihr Selbstmarketing ansetzen können.

Schwächen verstecken?

Viele Menschen meinen, sie müssten Privatleben und Beruf voneinander trennen. Zu einem bestimmten Teil ist das auch angemessen und zielführend. Dennoch sind Sie erst dann glaubhaft und stark, wenn Sie beide Lebensbereiche gut ausgleichen – und wenn Sie wissen, wo Sie stark sind. Viele Menschen meinen aber auch, sie könnten Schwächen unter den Tisch kehren – auch vor sich selbst. Das ist tückisch – denn unbeachtete private Schwächen äußern sich zum Beispiel letzten Endes in Krankheiten, und Schwächen im Job sind nie so geheim, wie man es sich wünscht. Deshalb: Wichtiger als die Trennung zwischen privat und beruflich ist die Trennung zwischen Stärken und Schwächen. Man sagt: Schwächen Sie Ihre Schwächen, und stärken Sie Ihre Stärken. Wie geht das?

- Private Schwächen sollten Sie kennen und sich um sie kümmern. Holen Sie sich Unterstützung, und nehmen Sie Ihre Schwächen nicht zu ernst. Im Beruf sollten Sie Ihre privaten Schwächen möglichst nicht sichtbar werden lassen: Gleichen Sie sie „heimlich" aus.

- Berufliche Schwächen sollten Sie kennen und sich um sie kümmern. Sprechen Sie mit der einem beratenden Freund, einem Coach, der Kollegin – holen Sie sich Feedback und nutzen Sie es. Geben Sie Ihren beruflichen Schwächen aber nicht zu viel Raum.
- Persönliche Stärken sollten Sie genau kennen und sie sichtbar machen. Auch im Job.
- Berufliche Stärken sollten Sie genau kennen und jeden bei Gelegenheit wissen lassen, dass Sie sie besitzen. Kommunizieren Sie sie aktiv.

Definieren Sie, wer Ihre „Öffentlichkeit" ist

Sie haben eine Fachärztin gewonnen, die Sie empfehlen wird? Ein öffentlicher Vortrag ist gut angekommen? Eine Regionalzeitung hat Sie als Beraterin interviewt? Herzlichen Glückwunsch. Jetzt nur nicht nachlassen – denn eine weitere Aufgabe will gemeistert werden: Sie wollen Ihre bestehenden Kundenbeziehungen, die Fachärzte vor Ort davon überzeugen, dass man sich richtig (für Sie) entschieden hat. Sie wollen eine Vertrauensbeziehung entwickeln und pflegen und neue Kunden gewinnen. Dazu sollte Ihnen klar sein, welche Botschaften (über sich) Sie an wen richten wollen. Wer hat für Sie Priorität? Im Marketing gehört es zum Handwerk, Kunden nach A-, B- und C-Priorität zu kategorisieren. A hat hohe Priorität, C hat weniger hohe Priorität. Wer ist bei Ihnen wichtig? Notieren Sie sich:

- Was wissen Sie über ihn?
- Was könnte ihn an Ihnen und Ihrer Leistung interessieren?
- Welche „Sprache" spricht er?
- Was genau sollte er wissen, was Sie geleistet und geschafft haben?
- Können Sie all diesen Menschen Prioritäten zuordnen?
- Welche Botschaften haben Sie dann jeweils für sie?

Marke „Ich"

Ziel von Selbstmarketing kann nicht sein, sich als Produktidee zu erdenken und sich dann zu verstellen und zu verkaufen. Es wird nur gelingen – und zwar dauerhaft –, wenn Sie sich selbst kennen: sich in Ihrem privaten und beruflichen Umfeld, Ihre Eigenschaften, Ihre Fähigkeiten, Ihr damit verbundenes Wissen – kurz: Ihre Persönlichkeit, das Profil Ihrer Praxis. Arbeiten Sie das heraus, und zeigen Sie das ab heute: zum Gewinn für Sie selbst und zum Gewinn für Ihre Praxis.

Monika Radecki, Kommunikationsberatung, Heidelberg, 2012, www.monika-radecki.de

Monika Radecki (www.monika-radecki.de) ist Kommunikationsberaterin in den Bereichen Selbstmanagement, Führung und Team; sie begleitet Einzelpersonen, Teams und Gruppen als Trainerin, Coach und Autorin.

Selbstmarketing – wer ist für Sie wichtig?

Wissen Sie einmal, welche Stärken Sie haben (sehen Sie Box oben), können Sie mit ihnen aktiv an die „Öffentlichkeit" gehen. Wer ist Ihre Öffentlichkeit? Definieren Sie für sich, wer für Sie Priorität hat und warum. Im Marketing unterscheidet man A-, B- und C-Kunden und ordnet sie nach Priorität und nach entsprechender Botschaft. Ebenso können auch Sie überlegen, wer für Ihr Selbstmarketing rund um Ihre Praxis wichtig ist. Wer hat warum Bedeutung bei Ihrem Selbstmarketing? (Beispiel: A-Kunden: die bestehenden Patientenbeziehungen, die wiederkommen und Sie empfehlen; B-Kunden: die empfehlenden Fachärzte vor Ort; C-Kunden: neue Patienten sollen von Ihnen wissen).

	Was zeichnet diese Gruppe von Menschen aus? Wer gehört zu dieser Gruppe? Was ist mir an ihnen wichtig?	Welches Ziel verbinde ich mit dieser Gruppe von Menschen? Welche Botschaft über meine Leistung und meine Stärken habe ich an sie?
A-Priorität		
B-Priorität		
C-Priorität		

Lesen Sie weiter:
Monika Radecki (2012): Marke „Ich" – Selbstmarketing in Gesundheitsberufen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, kart., 9,95 €. www.amazon.de/Marke-Ich-Selbstmarketing-Gesundheitsberufen-Gesundheitsjob/dp/3642249302.

Betriebswagen

So sparen Sie bares Geld

Wer als Praxisinhaber Kraftfahrzeuge im Betriebsvermögen hält, kann durch geschickte Gestaltung hohe Steuerersparnisse erzielen. Das betrifft nicht nur Spezialfahrzeuge, sondern eigengenutzte Normal-Pkw ebenso wie Fahrzeuge, die Angestellten zur Nutzung überlassen werden.

Jedem Praxisinhaber steht es frei, dem Betriebsvermögen zugeordnete Kraftfahrzeuge (Spezialfahrzeuge für Transporte von Behinderten ebenso wie herkömmlich ausgestattete Pkw oder Transporter) auch privat zu nutzen. Die ertragsteuerliche Erfassung der Nutzung eines betrieblichen Kfz zu Privatfahrten richtet sich nach den Sätzen 1 bis 3 in der Nr. 4 des § 6 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes (EStG). Grundsätzlich ist der Anteil der Privatnutzung entweder über die Führung eines Fahrtenbuches nachzuweisen oder es wird pauschalisierend die sog. 1 Prozent-Regelung angewendet – was in der Praxis aus Vereinfachungsgründen häufig der Fall ist (hiernach wird die Privatnutzung über den Ansatz von 1 Prozent des Listenpreises pauschal abgegolten).

Wenn mehrere Kfz zum Betriebsvermögen zählen, gilt zunächst die Grundregel, dass der pauschale Nutzungswert grundsätzlich für jedes Kfz anzusetzen ist, das vom Praxisinhaber oder zu seiner Privatsphäre gehörenden Personen (Ehegatte, Kinder) für Privatfahrten genutzt wird. Das führt aber zu einer unter Steuerspargesichtspunkten prinzipiell ungünstigen anteiligen Minderung aller mit dem Kfz verbundenen Betriebsausgaben. Deshalb sollte man gegenüber dem Finanzamt glaubhaft machen, dass bestimmte betriebliche Kfz ausschließlich betrieblich genutzt werden, weil dann die Nutzungswertbesteuerung entfällt.

Ganz einfach ist das bei solchen Fahrzeugen, die für eine private Nutzung schlicht nicht geeignet sind (z.B. bei sog. Werkstattwagen). Das wird aber bei Therapeuten i.d.R. nicht der Fall sein und könnte nur für besonders umgerüstete Transportfahrzeuge zutreffen. Aber auch wenn der Praxischef selbst gar nicht fährt (weil er keinen Führerschein hat oder aus anderen Motiven die Kfz-Nutzung ablehnt), ist für Betriebs-Kfz kein pauschaler Nutzungswert zu ermitteln. Dies gilt entsprechend für Kfz, die nach der betrieblichen Nutzungszuweisung an seine Angestellt nicht privat genutzt werden dürfen.

Lässt sich der Ansatz der Nutzungswertbesteuerung nicht vermeiden, sollten Vereinfachungsregeln genutzt werden. Dazu zählt insbesondere: wählt der Praxisinhaber für die Nutzungswertbesteuerung das Kfz mit dem höchsten Listenpreis, ist für die weiteren Kfz kein zusätzlicher pauschaler Nutzungswert anzusetzen. Darüber hinaus gilt Folgendes:

- Für die private Nutzung von betrieblichen Kfz durch zur Privatsphäre des Steuerpflichtigen gehörende Personen (z.B. die Ehefrau) gilt dies entsprechend, wenn je Person das Kfz mit dem nächsthöchsten Listenpreis berücksichtigt wird.
- Wird ein Kfz gemeinsam vom Praxisinhaber und einem oder mehreren Arbeitnehmern genutzt, so ist bei pauschaler Nutzungswertermittlung für Privatfahrten der Nutzungswert von 1 Prozent des Listenpreises entsprechend der Zahl der Nutzungsberechtigten aufzuteilen.

Beispiel:
Zum Betriebsvermögen eines Physiotherapeuten P gehören vier Kfz, die jeweils vom Betriebsinhaber, seiner Ehefrau und den Angestellten/freien Mitarbeitern genutzt werden. P erklärt glaubhaft eine Nutzungsentnahme für die zwei von ihm und seiner Ehefrau auch privat genutzten Kfz mit den höchsten Listenpreisen. Die übrigen Kraftfahrzeuge werden den Angestellten/freien Mitarbeitern nicht zur privaten Nutzung überlassen; sie werden nur im Rahmen ihrer Tätigkeit genutzt, um außerhalb der Praxis Krankenbesuche vorzunehmen.

Behandlung:
Eine Nutzungswertbesteuerung der zwei weiteren Kfz ist nicht vorzunehmen. Denn weist P dem betrieblichen Kfz eine bestimmte Funktion im Betrieb zu und erklärt er zudem durch den Ansatz einer Nutzungsentnahme für zwei andere Fahrzeuge, dass er und die zu seiner Privatsphäre gehörenden Personen jene Kfz nicht privat nutzen, so soll dieser Erklärung nach dem Willen der Finanzverwaltung (zuletzt bestätigt in einem Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 15.11.2012) grundsätzlich gefolgt werden. Die reine Möglichkeit der privaten Nutzung der den Mitarbeitern zur Betreuung von Kranken zugeordneten Kfz (z.B. am Wochenende) führt nicht zum Ansatz einer weiteren Nutzungsentnahme.

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

von Dr. Hans-Jürgen Hillmer

Das waren unsere Schwerpunktthemen 2012

Sie möchten in Ruhe ein bestimmtes Thema noch einmal nachlesen? Kein Problem. Alle Texte finden Sie online unter *www.up-aktuell.de*. Unter dem Menüpunkt „Themen" sind alle Schwerpunktthemen alphabetisch gelistet. Klicken Sie auf das gewünschte Thema und Sie erhalten alle Artikel auf einen Blick. Möchten Sie lieber auf dem „Papier" nachlesen, Ihnen fehlt aber eine Print- Ausgabe? Alle Ausgaben können Sie auch einzeln im buchner shop nachbestellen.

Ausfallgebühr

- Das Problem mit der Lücke *up 03.2012*
- Das ist Ihr gutes Recht *up 03.2012*
- Was ist zu beachten bei der Forderung eines Ausfallhonorars? *up 03.2012*
- Empathisch Ausfallgebühr berechnen *up 03.2012*
- Interview: „Ausfallgebühr ist keine Strafe" *up 03.2012*

Extrabudgetär

- Zukünftig Patienten besser mit Heilmitteln versorgt? *up 12.2012*
- Kommentar: Chance vertan *up 12.2012*
- Zuschlag für Heilmittelumsatz in 2013 *up 12.2012*
- Bundeseinheitlicher Regress-Schutz durch neue Indikationsliste *up 12.2012*
- Merkblatt soll Patienten schützen *up 12.2012*

Fortbildungspunkte

- 60 Punkte für alle Fälle *up 07.2012*
- Interview: „Wir sind an Lösungen interessiert!" *up 07.2012*
- Fragen zur Fortbildungspflicht – und die passenden Antworten! *up 07.2012*
- Therapeuten tragen die Konsequenzen *up 07.2012*
- Betrachtungszeiträume der Fortbildungspflicht *up 07.2012*
- Checkliste: Fortbildung auf Punkte-Anerkennung prüfen *up 07.2012*

GKV-HIS

- Mehr Durchblick mit Zahlen *up 06.2012*
- So liest man die Statistik *up 06.2012*
- Heilmitteldatenquellen: Möglichkeiten und Grenzen *up 06.2012*

Heilmittelverordnungen a. d. Regelfalls

- Genehmigungsverfahren in den Griff bekommen *up 02.2012*
- Verordnungen außerhalb des Regelfalls § 8 Abs. 4 HeilM-RL *up 02.2012*
- Prüfungsschema des GKV-Spitzenverbandes *up 02.2012*
- Langfristige Genehmigung von extra-budgetären Heilmittelverordnungen *up 02.2012*
- Krankenkassen wollen keine langfristige Befreiung *up 02.2012*
- Checkliste zur „Chroniker-Regelung" und Genehmigung von VO a.d.R. *up 02.2012*

Preispolitik

- Schluss mit der Preisdiskussion *up 05.2012*
- Privatpreise in den richtigen Rahmen setzen *up 05.2012*
- Der Preis ist abhängig von der Leistung *up 05.2012*
- Wenn Patienten den Preis selbst aussuchen können *up 05.2012*
- Warum die Argumente der PKV nicht ziehen *up 05.2012*
- So kommen Sie zu Ihrem Geld *up 05.2012*
- Checkliste: Das gehört in einen korrekten Vertrag zwischen Praxis und Privatpatient *up 05.2012*

Selbstzahler

- Sinnvolle Selbstzahlerleistungen sind notwendig *up 04.2012*
- Für jede Leistung den richtigen Vertrag *up 04.2012*
- Die „Rechtspflicht" zur Selbstzahlerleistung *up 04.2012*
- Die „Rechtspflicht" zur Selbstzahlerleistung *up 04.2012*
- Grüne Welle für Selbstzahler-Angebote *up 04.2012*
- Selbstzahlerleistungen entwickeln *up 04.2012*
- Checkliste: Korrekte Selbstzahleran-gebote in Heilmittelpraxen *up 04.2012*

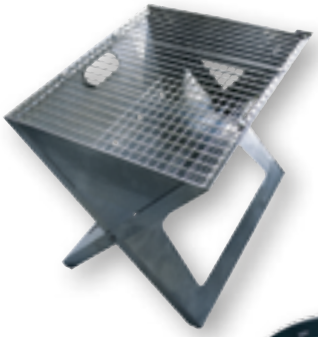
Umsatzsteuer

- Umsatzsteuerpflicht bei Therapie ohne Verordnung *up 01.2012*
- Umsatzsteuer-Prävention *up 01.2012*
- Kleinunternehmerregelung *up 01.2012*
- Steuerfreie Leistungen von Heilpraktikern *up 01.2012*
- Steuerermäßigung bei medizinischen Heilbädern *up 01.2012*
- Leistungen mit Umsatzsteuerpflicht *up 01.2012*
- Risikocheck Umsatzsteuer *up 01.2012*

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“

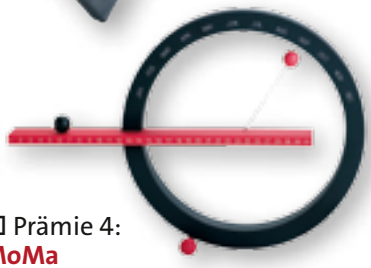
Für einen perfekten Grillabend, egal wo, immer mobil. Zusammengeklappt schmal wie ein Notebook.

☐ 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