3.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

kostenlos bei der Hotline für **up-premium plus** *Kunden:*

ABC-Kunden-Analyse

Ärzte und Gesundheitsminister uneinig

KV Berlin will Bestandsschutz für regionale Praxisbesonderheiten einklagen

Ab dem 1. Januar 2013 sind die bundesweiten Praxisbesonderheiten in Kraft getreten. Der Plan war, dass damit die regional vereinbarten Praxisbesonderheiten keine Gültigkeit mehr haben sollten. Doch es gibt Streit um die Umsetzung. Was für das Bundesgesundheitsministerium längst beschlossene Sache, ist für die Kassenärztliche Bundesvereinigung überhaupt nicht klar. Die KV Berlin will für den Erhalt der regionalen Praxisbesonderheiten sogar vor Gericht ziehen.

Im November 2012 hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband bundesweite Praxisbesonderheiten vereinbart, die ab dem 1.1.2013 die bisherigen, in den jeweiligen KV-Bezirken vereinbarten Praxisbesonderheiten, ersetzen sollen. Doch es gibt Schwierigkeiten, denn die regional vereinbarten Praxisbesonderheiten in vielen KVen sind wesentlich umfangreicher als die bundesweit vereinbarten. So galten zum Beispiel in Berlin alle Logopädie- und Ergotherapie-Verordnungen als regionale Praxisbesonderheiten. Bei der KV Nordrhein haben die Kinderärzte festgestellt, dass die bundesweiten Praxisbesonderheiten viel weniger Krankheiten auflisten als die regionalen. Die Umstellung von regional auf bundesweite Praxisbesonderheiten bedeutet also für viele Ärzte einen Rückschritt im Hinblick auf Regressvermeidung.

Ob eine Vereinbarung auf Bundesebene alle Vereinbarungen auf Landesebene einfach aufheben kann, ist derzeit strittig. Rein rechtlich gesehen, scheint das zweifelhaft. Denn auch bisherige Vereinbarungen auf Bundesebene zwischen KBV und GKV-Spitzenverband mussten auf Landesebene in eigene Vereinbarungen umgesetzt werden, um rechtswirksam zu werden.

Die KBV bestätigt auf Nachfrage, dass es nicht zu einer automatischen „Aussetzung" der regionalen Vereinbarungen komme. »

Aktuell

Gesetz stärkt Rechte der Privatversicherten
PKV muss künftig Auskunft zur Kostenübernahme geben 3

Wissenschaftliches Institut der AOK
Heilmittelbericht 2012 liefert Datengrundlage für Praxischefs 5

Erster Zwischenbericht Modellprojekt IFK und
BIG-Krankenkasse lässt Fragen offen Besser, billiger, selbstständiger? 14

Schwerpunkt

Patientenrechtegesetz 6

Konzepte

Erfolgsgeschichte Outdoor-Training für Mütter
Mami, hol den Buggy raus! 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp
Zuzahlungsregelung 18

Tipps

Keine Angst vor Veränderungen
Erfolgreich mit hangemanagement 20

www.up-aktuell.de

Neue Chancen nutzen

Krankenkassen empören sich schon lange über viel zu viele Operation. Ganz weit vorn: die Knie und Hüft-Op's. „Zuviel. Zu teuer!", murren die Kassen. Alternativen und konservative Therapien sollen her.

Der Gesetzgeber scheint das Murren gehört zu haben. Denn er verankert in dem neuen Patientenrechtegesetz die Regelung, dass Ärzte ihre Patienten über alternative Behandlungsmaßnahmen aufklären müssen. Ergo, auch über Heilmitteltherapie.

Das eröffnet für Heilmittelerbringer ganz neue Optionen. Rein theoretisch könnten engagierte Therapeuten nun ihre Ärzte über Heilmittelbehandlungen als Alternative zu Operationen informieren. Wir wollen dann aber doch realistisch bleiben. Welcher Arzt möchte sich schon von einem Therapeuten „belehren" lassen?

Doch, halt! Was für den einzelnen Therapeuten schon fast waghalsig erscheint, ist doch für die Verbände eigentlich ein Leichtes? Wie wäre es also mit einer neutralen Liste mit allen Alternativen und Möglichkeiten der Heilmitteltherapie zur ärztlichen Behandlung / Operation? Selbstverständlich nicht nur überreicht an die Ärzte mit roter Schleife und besten Grüßen, sondern auch an die Krankenkassen.

Solch eine Liste würde nicht nur Kosten sparen, sondern vor allem den Patienten helfen, die bestmögliche Therapie zu bekommen.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

Fortsetzung Seite 1

» Deswegen hätten die regionalen Praxisbesonderheiten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiterhin Gültigkeit. Das Bundesgesundheitsministerium sieht das zwar ähnlich, kommt jedoch zu einem anderen Schluss: „Die verbindliche Wirkung [...] ergibt sich dabei nicht aus [...] der Vereinbarung," so Oliver Ewald von der Pressestelle des BMG. Allerdings ergäbe sich die Rechtswirksamkeit der Vereinbarung unmittelbar aus den gesetzlichen Vorschriften. „Entgegenstehende Regelungen in den Vereinbarungen auf Landesebene werden damit gegenstandslos."

Die KV Berlin will das nicht hinnehmen und hat mit den Berliner Krankenkassen keine neue Vereinbarung abgeschlossen. Damit gelten in Berlin nach Ansicht der KV bis auf weiteres die alten regionalen Praxisbesonderheiten weiter und werden durch die bundesweiten ergänzt. Allerdings ist die KV selbst noch nicht sicher, wie die Geschichte ausgeht. Letztlich klären könne man den Streit nur durch Klagen, so die KV. Da die Verordnungen 2013 erst in 2015 geprüft würden, könne man eben erst nach diesem Termin, also ab 2016 klagen.

Bis dahin gilt für alle Therapiepraxen in Berlin: Den Ärzten Mut machen, die bisherigen Praxisbesonderheiten weiterhin zu nutzen! *(bu)*

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), Jenny Werner (jw);
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: D. Race (1), britta60 (6), ExQuisine (3), contrastwerkstatt (13), ra2 studio (14), J. Wetterau-Kliebisch (16/17), St. Bonnel (23); C. Winkelmann/K.-D. E. Suppes (20/21), Privat (11, 21, 23)

Gesetz stärkt Rechte der Privatversicherten

PKV muss künftig Auskunft zur Kostenübernahme geben

Der Bundestag hat letzte Woche das Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verabschiedet. Für Privatpatienten und Therapeuten wird nun die Kostenübernahme durch die PKV ein kalkulierbares Risiko. Denn künftig können Patienten vor teuren Heilbehandlungen von ihrer Versicherung eine schriftliche Auskunft zur Kostenübernahme einfordern.

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften“ sieht vor, dass ein solcher Auskunftsanspruch dann besteht, wenn für die geplante Heilbehandlung Kosten über 2.000 Euro entstehen können. Die privaten Krankenversicherer müssen sich innerhalb von vier Wochen, in dringenden Fällen sogar innerhalb von zwei Wochen schriftlich äußern. Geschieht dies nicht, darf der Patient von einer Notwendigkeit der Therapie ausgehen.

In Paragraf 192, Absatz 8 ist geregelt: „ Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.“

Außerdem ist in dem Entwurf eine Verlängerung der Kündigungsfristen auf zwei statt einen Monat vorgesehen, um nach einer Prämienerhöhung oder Leistungsminderung einen Versicherungswechsel zu erleichtern. Versicherte, die innerhalb von zwei Monaten keinen neuen Anbieter gefunden haben, bleiben dann bei ihrer bisherigen Versicherung. Zudem kann ein Selbstbehalt gekündigt werden, wenn er keine Beitragssenkung für den Betroffenen zur Folge hat. Ferner sollen die Versicherten nun Einblicke in Gutachten und Stellungnahmen nehmen können, auf deren Grundlage die Kasse über die Notwendigkeit einer Behandlung entschieden hat, ohne dazu einen Anwalt oder einen Arzt einschalten zu müssen. *(ks)*

> SERVICE

Den Gesetzentwurf finden Sie im Internet unter *www.bmj.de*.

2013 keine Richtgrößen für Hamburg

In 2013 müssen Ärzte in Hamburg ohne Richtgrößen auskommen. So ist es in der aktuellen Prüfvereinbarung zwischen der KV Hamburg und den Kassen vereinbart worden. Regionale Praxisbesonderheiten gibt es nicht mehr, stattdessen gilt die Indikationsliste mit den bundesweiten Praxisbesonderheiten.

„Für das Jahr 2013 ist eine Ermittlung und Festsetzung von Richtgrößen durch die Vereinbarungspartner aufgrund der bundesweiten Einführung von Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V nicht möglich“, heißt es in der aktuellen Prüfvereinbarung der KV Hamburg. Sobald die Datenlage es zulasse, würde man Richtgrößen ermitteln.

Alle bisher regional vereinbarten Praxisbesonderheiten wurden abgeschafft. Jetzt gilt nur noch die Liste mit den bundesweiten Praxisbesonderheiten. Mit dieser Vereinbarung hebt sich die KV Hamburg deutlich von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, wie z.B. Bremen oder Baden-Württemberg ab, die die Richtgrößen zum Teil pauschal um bis zu 15 Prozent reduziert hatten. *(bu)*

> SERVICE

Die aktuelle Prüfvereinbarung der KV Hamburg finden Sie zum Download auf der Internetseite der KV Hamburg, unter *www.heilmittel-regress.de* oder Sie fordern sie bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 an.

Umsetzung der Bürgerversicherung geplant

Eine neue Beitragsberechnung für Arbeitgeber, ein dynamischer Steuerzuschuss, echte Beitragsparität zwischen Arbeitgebern und Mitgliedern sowie die Streichung von Zusatzbeiträgen und Prämien will die SPD in der kommenden Legislaturperiode umsetzen.

Die SPD plant die Umsetzung der Bürgerversicherung zu einem der Hauptthemen des Bundestagswahlkampfes zu machen. Im Vordergrund stehen dabei neben Versorgungsthemen insbesondere auch der Umbau des Finanzierungssystems sowie der Einbezug der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung. Künftig werde es, auch für Beamte und Selbstständige, nur noch die Bürgerversicherung als Krankenvollversicherung geben. Nach der aktuell gültigen Beschlusslage der Partei will sie auch Regelungen der schwarz-gelben Regierungskoalition rückgängig machen; vor allem die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge und die Einführung von Zusatzbeiträgen und Beitragsprämien.

(Quelle: kkdirekt)

Gesetzliche Grundlage fehlt

Korruptionsbekämpfung liegt derzeit auf Eis

Die Ermittlungen gegen Abrechnungsbetrügereien geraten ins Stocken, denn es fehlt an einer gesetzlichen Grundlage. Trotzdem legte die Ermittlungsgruppe der Kaufmännischen Krankenkasse jetzt aktuelle Zahlen zum Betrug im Gesundheitswesen vor. Kooperationen im Gesundheitswesen sind dennoch nach wie vor wichtig und erwünscht. Therapeuten können sich in der KBV Broschüre „Richtig kooperieren" über die rechtlichen Rahmenbedingungen informieren.

Die Ermittlungen gegen Korruption im Gesundheitswesen bei der KKH Kaufmännischen Krankenkasse sind ins Stocken geraten. „Die Akten verstauben, uns sind die Hände gebunden", erklärte Ingo Kailuweit, Chef der KKH, am Mittwoch auf der alljährlichen Tagung „Betrug im Gesundheitswesen" in Hannover. Sämtliche Ermittlungen der KKH „liegen auf Eis", so Kaliweit.

Der Grund für den Stillstand: Die Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom vergangenen Jahr, dass sich niedergelassene Ärzte nach geltender Rechtslage nicht wegen Bestechlichkeit und Vorteilsnahme strafbar machen können. „Wir brauchen ohne Wenn und Aber eine rechtliche Grundlage, die die Ermittlungsbehörden in die Lage versetzt, strafrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die Schmiergeldzahlungen oder sonstige Vorteile empfangen", forderte Kailuweit.

Dennoch legte die Ermittlungsgruppe der KKH Zahlen zum Betrug im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012 vor. Die Kasse hat im vergangenen Jahr in 629 neuen Fällen ermittelt. Insgesamt hatte die Ermittlungsgruppe zum Jahresende rund 1.400 Betrugsfälle auf dem Tisch. „Die Schadensersatzforderungen summierten sich 2012 auf 1,6 Millionen Euro", hieß es.

In 219 Fällen ermittelte sie 2012 gegen Krankengymnasten beziehungsweise Physiotherapeuten. Die Förderungshöhe betrug hier rund 65.000 Euro. In 84 Fällen ermittelte die Kasse gegen ambulante Pflegedienste, in 43 Fällen ermittelte die Kasse gegen Ärzte. Schadenssumme: 21.000 Euro. Die höchsten Forderungen stellt die Kasse an Apotheken mit rund 647.000 Euro.

Kooperationen von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Heilmittelerbringern sind prinzipiell nicht nur wünschenswert, sondern oft auch für den Behandlungserfolg unerlässlich, ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung überzeugt. In ihrer Broschüre „Richtig kooperieren – Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten" gibt sie konkrete Empfehlungen für Kooperationen zwischen Arzt und Therapeut. *(ben)*

> SERVICE

Die Broschüre könne Sie im Internet unter *www.kbv.de* kostenlos downloaden.

36 Prozent

Die Bezüge der gut 20 Millionen Rentner in Deutschland sollen bis 2026 um insgesamt 36 Prozent steigen. Das entspricht einer durchschnittlichen Steigerungsrate von gut zwei Prozent pro Jahr, heißt es in dem Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung. Für die nächsten vier Jahre errechnete sie eine Rentenerhöhung von 8,5 Prozent im Westen und 11,55 Prozent im Osten. Der Prognose zufolge bleibt der Beitragssatz, der für das aktuelle Jahr auf 18,9 Prozent sinkt, bis 2018 unverändert auf diesem Niveau. In den Folgejahren steige er allerdings wieder an: auf 19,3 Prozent im Jahr 2019 bis auf 20,9 Prozent 2026. *(ks)*

Wettbewerbswidriges Verhalten

Ärzte dürfen Therapeuten nicht ungefragt empfehlen

Empfiehlt ein Arzt einem Patienten ungefragt einen Heilmittelerbringer in Praxisnähe, handelt er wettbewerbswidrig. Das hat das Schleswig-Holsteinische Oberlandesgericht (OLG) kürzlich entschieden. Der Patient war als Testperson im Auftrag der „Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V." unterwegs, um wettbewerbswidriges Verhalten von Ärzten aufzuspüren.

Im vorliegenden Fall hatte ein HNO-Arzt bei dem Testpatienten eine beidseitige Schwerhörigkeit festgestellt und Hörgeräte verordnet. Sowohl der Arzt wie auch seine Praxismitarbeiterin wiesen den Patienten auf zwei in derselben Gemeinde ansässige Hörgeräteakustiker hin, ohne dass dieser um eine Empfehlung gebeten hätte, heißt es in einer Pressemitteilung des Gerichts. Der Verein, in dessen Auftrag der Patient handelt, sah darin ein wettbewerbswidriges Verhalten.

Nach Auffassung des für Wettbewerbssachen zuständigen 6. Zivilsenats des OLG in Schleswig habe der Arzt gegen die Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (§ 32 Absatz 2 BOÄ S-H) verstoßen, stellten die Richter fest. Eine solche unerlaubte Zuweisung liege vor, wenn der Arzt bestimmte Hilfsmittelerbringer empfiehlt oder an diese verweist, ohne dass der Patient um eine Empfehlung gebeten hätte. Es reiche schon aus, wenn der Arzt von sich aus fragt, ob der Patient einen geeigneten Akustiker kenne und ihm dann nicht alle in Frage kommenden Anbieter nennt.

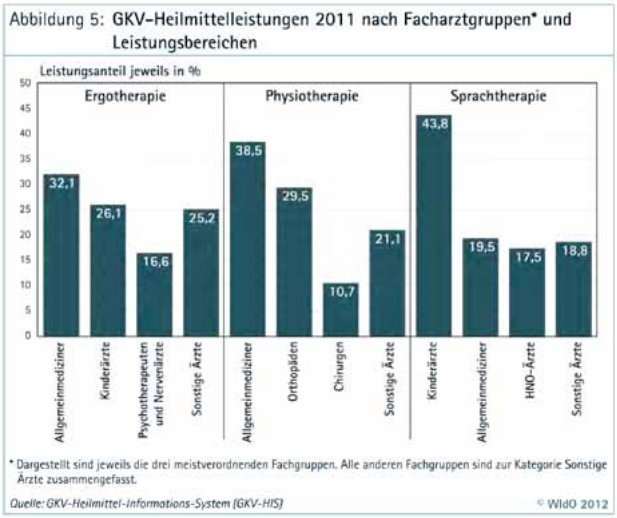
Der beklagte Arzt habe nur zwei Anbieter in Praxisnähe genannt, obwohl der Testpatient in Lübeck wohnte und so auch dortige Betriebe in Betracht gekommen seien, so die Richter weiter. Falls aus Gründen der Qualität und schlechter Erfahrungen von Patienten nur einige Betriebe genannt würden, müssten alle anderen schlechter sein, damit die Empfehlung gerechtfertigt sei, hieß es in dem Urteil (Az.: 6 U 16/11). *(ks)*

Wissenschaftliches Institut der AOK

Heilmittelbericht 2012 liefert Datengrundlage für Praxischefs

Jungen bekommen nach wie vor mehr Ergotherapie und Logopädie verordnet als Mädchen. Das ist ein Ergebnis des Heilmittelberichts 2012, der kürzlich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) veröffentlicht wurde. So haben 2011 etwa 25 Prozent der AOK-versicherten sechsjährigen Jungen und fast 17 Prozent der gleichaltrigen Mädchen eine sprachtherapeutische Maßnahme erhalten. Der Bericht liefert zwar keine neuen Erkenntnisse, aber die Daten zu Indikationen für Heilmitteltherapie und Leistungserbringerdichte je Bundesland machen die kostenlose Erhebung für Praxisinhaber interessant.

Der Heilmittelbericht 2012 analysiert die 34,6 Millionen Heilmittelrezepte, die 2011 für die 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ausgestellt wurden. Insgesamt verordneten die rund 139.500 Vertragsärzte fast 41,5 Millionen Leistungen aus Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie und Logopädie. Knapp 274 Millionen Sitzungen wurden von den Versicherten in Anspruch genommen – mit Gesamtkosten von 4,85 Milliarden Euro. „Rein rechnerisch bedeutet das fast vier Behandlungen im Gegenwert von 70 Euro für jeden der 70 Millionen gesetzlich Versicherten“, erklärte der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder in einer Pressemitteilung.



Ergo- und Sprachtherapie vor allem zum Schuleintritt

Wie schon in den Vorjahren zeigte sich, dass Ergo- und Sprachtherapie vor allem rund um den Schuleintritt verordnet werden. 2011 waren etwa 25 Prozent aller AOK-versicherten sechsjährigen Jungen und fast 17 Prozent der gleichaltrigen Mädchen auf Hilfe beim Logopäden angewiesen. „Damit wird in dieser Altersgruppe“, so Schröder weiter, „häufiger als in allen anderen eine Sprachtherapie verordnet. Insgesamt erhielten rund 191.000 AOK-versicherte Kinder bis einschließlich 14 Jahre eine sprachtherapeutische Verordnung. Das seien 70 Prozent aller Sprachtherapien, die über die AOK abgerechnet wurden. Der Umsatz für die Versorgung mit sprachtherapeutischen Behandlungen insgesamt betrug 536 Millionen Euro. Das sind elf Prozent der Heilmittelausgaben.

Ähnlich verhält es sich mit ergotherapeutischen Maßnahmen. 2011 ging fast jede zweite Verordnung an Kinder bis 14 Jahre. Insgesamt erhielten 122.000 AOK-versicherte Kinder und Jugendliche eine Ergotherapie und stellen damit fast die Hälfte (46,5 Prozent) aller Ergotherapie-Patienten dar. 70 Prozent davon waren Jungen. Im Gegensatz zur Sprachtherapie, die 2011 noch einen Zuwachs bei den Kindern verzeichnete, blieb das Niveau der ergotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche konstant. Die Kosten beliefen sich auf 679 Millionen Euro. Das sind 14 Prozent der Heilmittelausgaben.

„Normale Krankengymnastik“ als häufigste Behandlung in der Physiotherapie

Bezogen auf alle Heilmittelpatienten waren 2011 Wirbelsäulenerkrankungen mit Gelenkfunktions- und Muskelspannungsstörungen die häufigste Diagnose, heißt es in der Pressemitteilung weiter. Mit einem Anteil von 45 Prozent war die „normale Krankengymnastik“, ohne Einsatz von Geräten, die am häufigsten eingesetzte Behandlungsart. Der Anteil von Massagen, lange Zeit die zweitstärkste Anwendung in der Physiotherapie, sank im letzten Jahr weiter zugunsten von Krankengymnastik. Insgesamt nahmen gesetzlich Versicherte 35,6 Millionen Leistungen im Bereich der Physikalischen Therapie und Physiotherapie in Anspruch. Knapp zwei Drittel der Patienten sind Frauen, meist zwischen 70 bis 79 Jahren. Der physiotherapeutische Umsatz summierte sich auf 3,5 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anteil von gut 72 Prozent der Heilmittelausgaben.

Der jährliche WIdO-Heimittelbericht analysiert die aktuelle Versorgungssituation von Heilmitteln in Deutschland und soll, so die Autoren, Grundlage für Gespräche und Verhandlungen mit Ärzten, Therapeuten und Krankenkassen über eine wirtschaftliche und dabei qualitativ hochwertige Heilmittelversorgung sein. Dabei werden auch die regionalen Unterschiede aufgezeigt, dargestellt an der Anzahl der Heilmittelbehandlungen je Versicherter. So erhielt beispielsweise 2011 in Westfalen-Lippe jeder Versicherte 2,5 Behandlungen, Sachsen lag mit sechs Behandlungen an der Spitze (Bundesdurchschnitt: 3,9 Behandlungen).

Interessant für Praxisinhaber sind die Daten zu den Indikationen, die Heilmittelverordnungen begründen. Diese Daten kann man dazu nutzen, sie mit den eigenen Daten aus dem Praxisrechner zu vergleichen, um daraus Rückschlüsse auf das Verordnungsverhalten der eigenen Ärzte zu ziehen. *(ks)*

> SERVICE

Den Bericht des WIdO finden Sie im Internet unter *www.wido.de* oder Sie lassen sich die PDF-Datei von der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 zumailen.

Was Therapeuten über das neue Gesetz wissen sollten

Schwerpunkt Patientenrechtegesetz

Das Patientenrechtegesetz bündelt erstmals die Rechte von Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen und Patient und Behandler auf Augenhöhe zu bringen. Doch der große Wurf sei nicht gelungen, meinen Kritiker. Heilmittelerbringer können dennoch von den neuen Regelungen profitieren.

Wer die Entstehungsgeschichte des Patientenrechtegesetz mitverfolgt hat, weiß, dass die Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten keine unkomplizierte Sache war. Es wurde diskutiert was das Zeug hielt, Eckpunkte-Papiere entworfen und wieder verworfen. Die Gemüter waren erhitzt – besonders bei den strittigen Punkten Beweislastumkehr und Eindämmung der IGEL Leistungen. Vor allem die Ärzte standen im Visier der Diskussionen, Heilmittelerbringer konnten sich zurücklehnen.

Nun ist es vollbracht, nach knapp zwei Jahren hat das Gesetz den Bundesrat passiert. Doch das Ergebnis macht wohl niemanden so richtig glücklich. „Das Patientenrechtegesetz ist nicht das All-Heilmittel. Vielmehr täuscht es Aktivität vor, wo wenig ist und gefährdet

das bestehende gute Vertrauensverhältnis zwischen Mediziner und Patient. Dies kann nicht im Interesse der Bevölkerung und damit auch nicht im Interesse der Politiker und der gesetzlichen Krankenkassen sein“, bemängelte der Präsidenten der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e.V. – Wolfram-Arnim Candidus. Auch der GKV-Spitzenverband äußerten sich kritisch. Das neue Gesetz sei ein Anfang, gehe aber nicht weit genug.

Heilmittelerbringer, die auf ärztliche Verordnung arbeiten, sind von dem Ergebnis weniger betroffen. Wichtiger sind die neuen Regelungen für Therapeuten, die als beschränkte Heilpraktiker unabhängig von einer ärztlichen Verordnung arbeiten. Denn mit der Verankerung des „Behandlers“ im Gesetzestext wurde auch das Verhältnis zwischen Patient und Heilmittelerbringer geregelt, so dass für Therapeuten künftig zum Beispiel eine verstärkte Dokumentationspflicht gilt (mehr dazu lesen Sie auf Seite 8). Diese soll dem Behandler als Beweis dienen, falls es zu einem Schaden des Patienten kommt. Das ist bei Therapeuten sicherlich nicht so oft der Fall wie bei ärztlichen Behandlungen. Dennoch ist die Dokumentationspflicht sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten von Vorteil. Sie erleichtert das Überprüfen von Therapiezielen, die Kommunikation mit dem Arzt und die Betrachtung und Bewertung des Therapieerfolges durch den Patienten. Das ist ganz sicher – und ganz im Sinnes des Gesetzes – zum Wohle des Patienten.

Das Patientenrechtegesetz bündelt die Rechte mit dem Ziel, Patient und Behandler auf Augenhöhe zu bringen.

Eine weitere neue Verpflichtung für Therapeuten ist die Aufklärung des Patienten. Laut Gesetz müssen Behandler zukünftig ihre Patienten intensiver über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten“ aufklären. Dies kann mündlich durch den Therapeuten erfolgen, muss aber unbedingt dokumentiert werden (auf Seite 12 finden Sie eine Checkliste, was Sie dazu beachten müssen). Ungeklärt bleibt allerdings die Frage der praktischen Umsetzung. So stellt Wolfram-Arnim Candidus fest: „Das erfordert jedoch Zeit und somit auch Geld. Es kann nicht erwartet werden, dass diese zusätzliche Arbeit für ein Vergelts Gott geleistet werden. Deshalb muss eine adäquate Vergütung für eine umfassende, dokumentierte Information und Beratung der Patienten vorgesehen werden. „ Es ist wohl eher unwahrscheinlich, dass dies geschehen wird, doch die Regelung eröffnet auch neue Chancen für Heilmittelerbringer. Denn Ärzte sind mit der Aufklärungspflicht nun verpflichtet, ihre Patienten auch über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Das bedeutet, dass sie natürlich auch auf Heilmitteltherapie als Alternative zum Beispiel zu einer Operation hinweisen müssen, was zu einer besseren medizinischen Versorgung der Patienten führen würde.

Eine Verbesserung für den Patienten ist auf jeden Fall die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren durch die Krankenkassen. „Wenn der Versicherte in Zukunft einen Antrag auf Leistungen stellt, so hat die Krankenkasse zügig – jedenfalls innerhalb von drei oder bei erforderlichen Gutachten von fünf Wochen – zu entscheiden. Sollte die Krankenkasse in dieser Frist keine Antwort gegeben haben, so gilt die Leistung als bewilligt.“, erklärt Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr.

So bringt das neue Gesetz, um das so lange diskutiert worden ist, nicht viel Neues. Therapeuten können die neuen Regelungen nutzen, um ihren Patienten noch mehr Vertrauen zu geben und sie weiterhin mit hoher Qualität behandeln. *(ko)*

HINTERGRUND

Die schwarz-gelbe Koalition hatte im Koalitionsvertrag von 2009 festgelegt, Patientenrechte zentral in einem Gesetzestext zu bündeln. Im Mai 2011 wurde der Startschuss für das neue Patientenrechtegesetz gegeben. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), legte damals ein erstes Grundlagenpapier vor. Fast zwei Jahre später, am 1. Februar 2013, passierte das Gesetz dann endlich den Bundesrat und wartet nun auf seine Verkündung im Bundesgesetzblatt.

SCHWERPUNKT-THEMA

Schwerpunkt Patientenrechtegesetz 6
Zukünftig mehr Aufklärung und genaue Dokumentation 8
Interview „Für die meisten Praxen ändert sich wenig“ 10
Checkliste Patientenrechtegesetz 12

Das Gesetz im Praxischeck

Zukünftig mehr Aufklärung und genaue Dokumentation

Auf den ersten Blick scheint das Patientenrechtegesetz keine großen Auswirkungen für Heilmittelerbringer zu haben. Auf den zweiten Blick zeigen sich aber doch eine ganze Reihe von Neuerungen, je nach Organisationsgrad der Praxis. Durch die Verankerung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und die Einführung neuer Patientenrechte im Falle eines Behandlungsfehlers, müssen Therapeuten zukünftig verstärkte Aufklärungspflichten und erhöhte Anforderungen an die Therapiedokumentation erfüllen. Wir haben für Sie alle Änderungen zusammengefasst.

1. THEMA: BEHANDLUNGSVERTRAG

Neue Strukturen: Die bisherigen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und des Richterrechtes werden zu einem eigenen Bereich im BGB zusammengeführt: Der „Behandlungsvertrag" (§ 630) ist nun gesetzlich verankert.

Tipp: Behandeln Sie nicht mehr ohne Vertrag. Mit jedem Patienten, der seine Behandlung (zunächst) ganz oder zum Teil selbst zahlen muss, sollte grundsätzlich ein schriftlicher Honorarvertrag abgeschlossen werden. Dieser enthält den Hinweis, dass die Behandlungskosten möglicherweise nicht oder nicht in voller Höhe von der Erstattungsstelle übernommen werden kann. Der Patient erhält ein Duplikat des Behandlungsvertrages.

Erweiterte Informationspflicht: Patienten müssen auf Kosten hingewiesen werden, die die Versicherungen nicht übernimmt (soweit bekannt).

Gestärkte Ausfallgebühr: Die rechtliche Grundlage für das Einfordern von Ausfallgebühren wird deutlich gestärkt. Zum einen kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Leistungserbringer und Patient immer zustande, auch wenn die GKV die Kosten der Behandlung übernimmt (§ 630 a Abs. 1). Zum anderen ist die Vergütung bei Annahmeverzug (§ 615) nun ausdrücklich für den Behandlungsvertrag als anwendbar festgelegt (§ 630 b).

Tipp: Vor Beginn der Therapie sollte jeder Patient (auch GKV, UV etc.) ein Anmeldeformular mit dem Hinweis auf mögliche Ausfallgebühren unterschreiben.

2. THEMA AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Mehr Pflichten: Nach § 630 e Abs. 1 sind Therapeuten nun verpflichtet, ihre Patienten über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten" zu informieren. Die Aufklärung erfolgt mündlich durch den Therapeuten, der dabei Merkblätter verwenden kann.

Tipp: Klären Sie Ihre Patienten auf: Es gibt einige therapeutische Maßnahmen, bei denen der Patient über mögliche Risiken aufgeklärt werden sollte. Diese Aufklärung kann mündlich erfolgen und muss unbedingt in der Therapiedokumentation vermerkt werden. Wurde bei der Aufklärung auf ein Merkblatt verwiesen, muss dieses dem Patienten ausgehändigt werden.

Mehr Chancen: In Zukunft müssen Ärzte ihre Patienten vor einem Eingriff auch auf Behandlungs-Alternativen (z.B. zu einer Operation) hinweisen. Das heißt, sie müssten in einigen Fällen auf Heilmitteltherapie verweisen (§ 630e Abs. 1).

3. THEMA PATIENTENAKTE/THERAPIE-DOKUMENTATION

Höhere Anforderungen: Art und Inhalt der Therapiedokumentation werden konkretisiert. Die Anforderungen gehen deutlich über die bisherigen Regelungen des mit den Kassen vereinbarten Umfangs hinaus (§ 630 f Abs. 2).

Tipp: Etablieren Sie Dokumentationsstandards: Legen Sie schriftlich fest, bei welcher Therapie in welchem Umfang dokumentiert werden muss. Grundsätzlich sollte keine Behandlung ohne Dokumentation durchgeführt werden. Übernehmen Sie diesen Grundsatz in Ihr QM oder übernehmen Sie diesen in einer Arbeitsanweisung für die angestellten Mitarbeiter.

Fälschungssicher: Berichtigungen oder Änderungen in der Patientenakte müssen so vorgenommen werden, dass keine Einträge gelöscht werden und das Datum der Änderung/Ergänzung zu erkennen ist. Dies gilt ausdrücklich auch für die elektronische Dokumentation (§ 630 Abs. 1).

Lange Aufbewahrungsfrist: Die Patientenakte muss zehn Jahre lang archiviert werden. (§ 630 f Abs. 3)

Erweiterte Dokumentationspflicht: Therapeutische Maßnahmen und ihre Ergebnisse, die nicht dokumentiert wurden, gelten als nicht erbracht – auch dann nicht, wenn die Dokumentation nicht lange genug aufbewahrt worden ist (§ 630 h, Abs. 3).

Umfangreichere Einsichtsrechte: Patienten haben zukünftig das Recht, Abschriften/Kopien der Therapiedokumentation einzufordern. Das gilt auch für elektronische Dokumentationen (§ 630 g).

Tipp: Prüfen Sie Ihre Software: Ist sichergestellt, dass in der elektronischen Dokumentation nicht gelöscht werden kann? Werden Änderungen in der elektronischen Dokumentation dokumentenecht gespeichert? Kann für Patienten ohne großen Aufwand die gesamte Dokumentation ausgedruckt werden (mit und ohne gelöschte bzw. geänderte Einträge)? Hat der Softwareanbieter ein Datensicherungskonzept, so dass auch in zehn Jahren noch auf die Dokumentationsdaten zugegriffen werden kann?

> SERVICE:

up-premium plus-Kunden können den Gesetzestext kostenlos bei unserer Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

4. THEMA BEHANDLUNGSFEHLER

Beweislast verschoben: Zwar muss ein Patient nach wie vor im Schadensfall einen Behandlungsfehler nachweisen. Doch bei „groben Behandlungsfehlern" und bei Maßnahmen, für deren Durchführung der Behandler nicht ausreichend qualifiziert ist, verschiebt sich die Beweislast.

Qualifikationscheck: Wenn ein Behandler nicht die ausreichende Qualifikation für die Durchführung einer Behandlung besitzt, wird im Falle eines Schadens grundsätzlich davon ausgegangen, dass die fehlende Qualifikation die Ursache des Schadens ist (§ 630 h Abs. 4).

Dokumentationspflichtverletzung: Eine fehlende Dokumentation führt zu der rechtlichen Annahme, dass die nicht dokumentierte Maßnahme nicht durchgeführt worden ist.

Tipp: Behandeln Sie nicht ohne Dokumentation: Lassen Sie keine Behandlung von Mitarbeitern durchführen, denen die notwendige Qualifikation fehlt.

5. THEMA PFLICHTEN DER GKV UND DER PKV

Unterstützung bei Behandlungsfehlern: Kommt es zu einem Behandlungsfehler, sollen die Gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten künftig bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen unterstützen (§ 66 SGB V).

Verbindliche Fristen: Die GKV muss über einen Antrag auf Leistungen innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. Meldet sich die Krankenkasse nicht rechtzeitig bei dem Patienten, gilt der Antrag als genehmigt. Alternativ dazu kann sich der Versicherte die Leistung auch selbst organisieren und die Rechnung der Krankenkasse zur Erstattung einreichen (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Tipp: Bei Anträgen, die Sie im Auftrag der Patienten bei Krankenkassen stellen, vermerken Sie immer den Wiedervorlagetermin. So kann eine Fristüberschreitung schnell zu Gunsten des Patienten genutzt werden.

Auskunftsrecht: Versicherte können zukünftig vor Beginn einer Heilbehandlung von ihrer Krankenkasse (GKV und PKV) unter bestimmten Umständen verbindliche Auskünfte darüber die Kostenübernahme verlangen. Bei der Antwort muss sich die Krankenkasse an bestimmte Fristen halten (§ 192 Abs. 8 VVG).

Tipp: Versicherte der PKV können jetzt verbindliche Auskünfte über die Bezahlung ihrer Heilmitteltherapie vor Beginn der Therapie einholen. Damit kann späterer Streit über das Honorar gemindert bzw. vermieden werden.

(bu/ko)

Interview mit Özlem Erdem-Wulff, Fachanwältin für Sozialrecht

„Für die meisten Praxen ändert sich wenig“

Mit dem neuen Patientenrechtegesetz gelten eine ganze Reihe neuer Regelungen auch für Therapeuten. Doch Praxen, die bereits mit einer ausführlichen Therapiedokumentation arbeiten, müssen nicht viel ändern, weiß die Fachanwältin für Sozialrecht Özlem Erdem-Wulff. Im Gespräch mit Heidi Kohlwes erklärt sie die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Frau Erdem-Wulff, das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten bündelt jetzt die Rechte von Patientinnen und Patienten. Das war vorher anders. Was hat das für Vorteile?

Genau. Das neue Patientenrechtegesetz fasst zusammen, was in der Rechtsprechung vorher bereits anerkannt war. Es ist kein eigenes Gesetzbuch, sondern ändert und ergänzt das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das 5. Buch des Sozialgesetzbuches. Mit den neu eingefügten Ergänzungen im BGB werden jetzt diejenigen Grundsätze im Gesetzestext festgehalten, die bisher durch die Rechtsprechung entwickelt wurden. Das heißt, Patienten können in Zukunft ihre Rechte und auch ihre Pflichten in einem Zusammenhang nachlesen und müssen nicht mehr lange rumsuchen. Der Gesetzgeber will damit mehr Transparenz schaffen.

„Wer vorher schon sauber dokumentiert hat, für den ändert sich nicht viel.“

Wenn es in Zukunft für Patient einfacher ist, ihre Rechte nachzulesen, werden dann mehr Patienten auf ihre Rechte pochen?

Ich würde schon sagen, dass sich Patienten in Zukunft verstärkt ihrer Rechte bewusst sein werden. Denn durch das Gesetz wurde die Wichtigkeit des Themas deutlich hervorgehoben. Die Berichterstattung in der Presse hat zudem dafür gesorgt, dass viele Menschen die Entwicklung mitbekommen haben. Deswegen muss man davon ausgehen, dass Patienten möglicherweise auch bei den Therapeuten ganz genau hinsehen und ihre Rechte einfordern.

Das heißt, Therapeuten sollten die Inhalte des Gesetzes unbedingt kennen?

Auf jeden Fall. Der Begriff „Behandler“ wurde jetzt neu dem BGB hinzugefügt. Auch Heilmittelerbringer sind natürlich Behandler und müssen ihre Pflichten kennen. Für Therapeuten ist es aber ein Einfaches, sich die neuen Regelungen zu merken, um Rechtssicherheit zu haben. Wenn man sich in der Vergangenheit schon an bestimmte Regeln gehalten hat, dann muss man jetzt nicht so viel ändern.

Das Gesetz hat ja nicht nur den Begriff des Behandlers neu festgeschrieben, sondern auch explizit den Behandlungsvertrag unter den Regelungen des allgemeinen Dienstvertrags eingefügt. Was bedeutet das genau?

Das stimmt. Wenn ein Patient zu einem Therapeuten geht und sagt, „behandel mich bitte“ und dieser sagt, „ok, mach ich“, ist dadurch ein Behandlungsvertrag zustande gekommen.

Welche Verpflichtungen entstehen aus dem Behandlungsvertrag?

In dem Behandlungsvertrag verspricht der Behandler, eine Leistung auf einem anerkannten fachlichen Status zu erbringen und der Patient verspricht, eine Vergütung zu entrichten, übrigens auch dann, wenn er den Behandler ohne Absage versetzt. Damit wird übrigens auch die Ausfallgebühr gesetzlich gestärkt.

Es kommt also bei jeder Behandlung, egal ob privat, GKV oder Selbstzahler ein Behandlungsvertrag zustande?

Genau. Auf den Versichertenstatus des Patienten kommt es nicht an. Das ist ausdrücklich in dem neuen Gesetz so geregelt.

... muss die Krankenkasse bei GKV Patienten dann immer zahlen, sobald die Leistung erbracht wurde? Keine Absetzung mehr wegen Formfehlern?

Leider nein. Der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Therapeut betrifft nicht die Vereinbarungen zwischen Therapeut und Krankenkasse. Hier gelten nach wie vor die Regelungen der Rahmenverträge und der Heilmittel-Richtlinie. Allerdings stellt das Gesetz eindeutig klar: Auf der einen Seite besteht ein Behandlungsvertrag zwischen dem Therapeuten und dem Patienten und auf der anderen Seite die Abrechnung mit der Krankenkasse. Das ist bei Kassenpatienten beispielsweise wichtig für die Berechnung der Ausfallgebühr.

Der Gesetzgeber hat zudem die Informationspflicht gestärkt. Was müssen Therapeuten zukünftig beachten?

Das Gesetz definiert eine ausdrückliche Informationspflicht des Behandlers gegenüber dem Patienten. Dazu heißt es: „Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern.“ Bevor man also eine Heilmittelbehandlung beginnt, muss der Patient über sämtliche Umstände informiert werden, die für die Behandlung wichtig sind. Das ist allerdings bei einer Heilmittelbehandlung mit ärztlicher Verordnung nicht ganz so umfangreich wie bei einer First-Contact-Behandlung. Stellt der Therapeut selbst die Diagnose, dann muss er natürlich umfangreicher informieren.

...und worüber genau?

Man muss ihm sagen, aufgrund welcher Diagnose der Therapeut ihn behandeln wird, was man machen wird, welche Risiken bei der Behandlung bestehen und was er vor, während und nach der Behandlung beachten muss.

...eine Art Beipackzettel für Heilmitteltherapie mit Risiken und Nebenwirkungen?

Genau. Der Therapeut kann dem Patienten zusätzlich auch ein Merkblatt geben, muss dieses dann aber als Dokumentation in die Patientenakte legen.

Özlem Erdem-Wulff ist Fachanwältin für Sozialrecht.

„Stellt der Therapeut selbst die Diagnose, muss er den Patienten umfangreich informieren.“

Muss der Therapeut denn dokumentieren, dass er den Patienten informiert hat?

Ja, auf jeden Fall. Dazu ist extra ein neuer Paragraph in das BGB aufgenommen, durch den die Dokumentationspflicht deutlich verschärft worden ist.

Was passiert, wenn man nicht sorgfältig dokumentiert?

Grundsätzlich geht es bei der Dokumentation ja darum, dass man im Nachhinein beweisen kann, dass man sich korrekt verhalten hat. Der Gesetzgeber hat jetzt mit den Änderungen die Umkehr der Beweislast im BGB verankert. Wird der Patient durch eine Behandlung geschädigt, was zum Beispiel bei bestimmten manualtherapeutischen Techniken möglich sein könnte, muss der Therapeut nachweisen können, dass er den Patienten über dieses Risiko informiert hat. Kann er das nicht, geht das Gericht im Falle eines Verfahrens davon aus, dass der Therapeut seiner Informationspflicht nicht nachgekommen ist. Deswegen ist es wichtig, dass man eine Patientenakte führt und darin genau dokumentiert, was man dem Patienten gesagt hat, was man ihm möglicherweise an Informationen mitgegeben hat und worauf man ihn hingewiesen hat.

Müssen Heilmittelerbringer sich jetzt vor noch mehr Bürokratie fürchten?

Es kommt darauf an. Wer vorher schon sauber dokumentiert hat, für den ändert sich nicht viel. Es gibt jetzt ein paar gesetzlich vorgeschriebene Grundregeln, die man vor dem Behandlungsbeginn beachten muss. Die zukünftige Umsetzung der Rechtsprechung wird aber erst zeigen, was genau für Veränderungen aus dem Patientenrechtegesetz resultieren.

Vielen Dank für das Gespräch.

CHECKLISTE Patientenrechtegesetz

Keine Behandlung ohne Dokumentation!

Das Patientenrechtegesetz bringt einige Veränderungen mit sich, die alle Therapeuten kennen sollten. So gilt zum Beispiel eine Behandlung, die nicht dokumentiert wurde, als nicht erbracht. Die Checkliste gibt dem ganzen Praxisteam eine Orientierung, was zukünftig im Praxisalltag zu beachten ist. Sie können diese im Personalraum aufhängen, so dass sich alle Kollegen jederzeit informieren können.

1. BEHANDLUNGSVERTRAG

- ✔ Lassen Sie vor Beginn der Therapie jeden Patienten (auch GKV, UV etc.) ein Anmeldeformular mit Hinweis auf mögliche Ausfallgebühren unterschreiben.
- ✔ Schließen Sie mit jedem Patienten, der seine Behandlung (zunächst) ganz oder zum Teil selbst zahlen muss, immer einen schriftlichen Honorarvertrag.
- ✔ Weisen Sie in dem Vertrag auf die Möglichkeit hin, dass die Kosten nicht oder nicht in voller Höhe von der PKV übernommen werden könnten.
- ✔ Händigen Sie dem Patient ein Duplikat des Behandlungsvertrages aus.

2. AUFKLÄRUNGSPFLICHT

- ✔ Es gibt einige therapeutischen Maßnahmen, bei denen der Patient über mögliche Risiken aufgeklärt werden sollte.
- ✔ Die Aufklärung muss mündlich durch den Therapeuten erfolgen und für den Patienten verständlich sein
- ✔ Es können ergänzend Merkblätter verwendet werden.
- ✔ Die Aufklärung muss unbedingt in der Therapiedokumentation vermerkt werden, ebenso wie ein Vermerk über die zur Hilfe genommenen Merkblätter.
- ✔ Wurde bei der Aufklärung auf ein Merkblatt verwiesen, muss der Patient das Merkblatt erhalten.

3. PATIENTENAKTE/THERAPIEDOKUMENTATION

- ✔ Behandeln Sie nie ohne Dokumentation!
- ✔ Verwenden Sie bei Änderungen in der Patientenakte niemals Tipp-Ex.
- ✔ Bei Berichtigungen oder Änderungen in der Patientenakte dürfen keine Inhalte gelöscht werden.
- ✔ Das Datum der Änderung/Ergänzung muss zu erkennen sein.
- ✔ Für die elektronische Dokumentation gelten die gleichen Regeln wie oben.
- ✔ Patienten haben das Recht, Abschriften/Kopien der Therapiedokumentation einzufordern. Das gilt auch für elektronische Dokumentationen.

4. BEHANDLUNGSFEHLER

- ✔ Keine Behandlung ohne Dokumentation.
- ✔ Keine Behandlung von Mitarbeitern, die nicht über die notwendige Qualifikation verfügen.

5. PFLICHTEN DER GKV UND DER PKV

- ✔ Bei Anträgen, die Therapeuten im Auftrag der Patienten bei Krankenkassen stellen, immer den Wiedervorlagetermin vermerken, damit eine Fristüberschreitung schnell zu Gunsten des Patienten genutzt werden kann.
- ✔ Versicherte der PKV können jetzt verbindliche Auskünfte über die Bezahlung ihrer Heilmitteltherapie vor Beginn der Therapie einholen. Weisen Sie Ihre Patienten daraufhin.

Wissenschaftlich untersucht

Telefonberatung durch Physiotherapeuten erfolgreich

Die telefonische Beratung durch einen Physiotherapeuten hilft Patienten sehr effektiv und kann sogar Therapiesitzungen ersetzen. Das zeigt eine britische Studie, deren Ergebnisse kürzlich im „British Medical Journal" veröffentlicht wurden. Über den Telefondienst „PhysioDirect" können Patienten in einigen Regionen Großbritanniens Hilfe per Telefon erhalten – ein interessantes Modell auch für deutsche Therapeuten?

In England werden pro Jahr mehr als 1,2 Millionen Rezepte für eine Behandlung beim Physiotherapeuten ausgestellt. Patienten müssen auf ihren Termin oft einen Monat oder länger warten. Das hat zur Folge, dass viele gar nicht erst hingehen. Aufgrund der langen Wartezeiten bieten britische Physiotherapeuten in einigen Regionen eine telefonische Beratung an, die auch kurzfristig möglich ist. Hier geben sie Ratschläge für eine Selbstbehandlung und schicken weiteres Informationsmaterial zu – mit guten Erfolgen, wie die Ergebnisse einer Studie kürzlich zeigten.

Ratschläge für Selbstbehandlung

An der Studie unter der Leitung von Professor Chris Salisbury von der Universität Bristol nahmen 2.256 Patienten über 18 Jahren teil, die unter Problemen des Bewegungsapparates litten und zwischen Juli und Dezember 2009 untersucht worden waren. Etwa zwei Drittel von ihnen (1.513) wandten sich an den Telefondienst „PhysioDirect", die anderen (743) bemühten sich um eine konventionelle Behandlung. Im Schnitt hatte die erste Gruppe nach sieben Tagen Kontakt mit einem Therapeuten, die zweite Gruppe bekam erst nach rund 34 Tagen einen Behandlungstermin, was vielen allerdings zu lange dauerte, so dass etwa die Hälfte von ihnen auf den Termin verzichtete. Von denen, die eine telefonische Beratung erhalten hatten, gingen nur 19 Prozent anschließend nicht mehr zum Therapeuten. Nach einer Beratung bei PhysioDirect musste nur etwa die Hälfte der Patienten zu einem persönlichen Behandlungstermin, bei den anderen (711) reichte die telefonische Beratung aus.

Zufriedenheit der Patienten unverändert

Die Tatsache, so das Fazit der Wissenschaftler, dass 47 Prozent der „PhysioDirect"-Patienten ausschließlich telefonisch beraten wurden, zeige, dass Physiotherapeuten in der Lage seien, die Erkrankung per Telefon richtig einzuschätzen und auch helfen zu können. Daher sei die Behandlung über „PhysioDirect" ebenso effektiv wie die konventionelle Therapie. Allerdings habe die Studie keine Hinweise darauf gegeben, ob die Patienten nach der telefonischen Beratung mit den Ergebnissen zufriedener waren als die anderen.

„PhysioDirect" wurde im Juli 1996 von einer Gruppe von Physiotherapeuten gegründet. Per Telefon werden in einigen britischen Regionen Patienten mit Beschwerden des Bewegungsapparates an einen Therapeuten, der für PhysioDirect eine Zusatzausbildung erhielt, weitergeleitet. Weitere Informationen gibt es unter *http://physiodirect.co.uk*. *(ks)*

> SERVICE

Eine Kurzfassung der Studie „Telephone physiotherapy advice reduces waiting times and provides equally good patient health results" finden Sie im Internet unter *www.bmj.com/content/346/bmj.f43*.

Aktuelle Seminarangebote für Therapeuten

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen auf den Punkt gebracht mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Themen und Lösungen vor, die Abläufe in der Praxis optimieren oder für mehr Umsatz sorgen, um mit langfristigen Gewinnen die Zukunft zu sichern.

Anmeldung unter: *Tel.: 04307-8119800, E-Mail: info@buchner-consulting.de.* ***Weitere Informationen*** *unter: www.buchner-seminare.de oder www.buchner-shop.de.*

PRÄSENZ-SEMINARE							ZEIT
	Nr.	Name	Termin	Ort	Basis-einheitencode	VK-Preis	
1	PT130315BWL	Betriebswirtschaftslehre für Therapeuten	15./16.3.	Berlin	2-tägig	329,50 €	9–17/15 Uhr
2	PT130315PO	Rezeption – Ort der Entscheidung	15./16.3.	Hamburg	2-tägig	329,50 €	9–17/15 Uhr
3	PT130405FF	Frauen führen anders	5./6.4.	Hamburg	2-tägig	329,50 €	9–17/15 Uhr
4	PT130413TB	Mitarbeiterkommunikation	13.4.	Bremen	1-tägig	199,50 €	10–17 Uhr

ONLINE-SEMINARE							ZEIT
	Nr.	Name	Termin	Ort	Basiseinheiten-code	VK-Preis	
5	PT130319OSZL	Keine SZL = Unterlassene Hilfeleistung?	19.3.	Online	Stunde	25,13 €	19–20.30 Uhr
6	PT130410OSU	Schummeln unnötig	10.4.	Online	Stunde	25,13 €	19–20.30 Uhr

Erster Zwischenbericht Modellprojekt IFK und BIG-Krankenkasse lässt Fragen offen

Besser, billiger, selbstständiger?

Ein Projekt des IFK und der BIG-Krankenkasse soll ergründen, ob man bei der Physiotherapie Geld sparen und zugleich die Handlungsspielräume der Therapeuten entscheidend erweitern kann. Der Zwischenbericht lässt allerdings Fragen offen.

Besser, billiger, selbstständiger – das ist es, kurz gesagt, was man offenbar bei dem Modellvorhaben „Mehr Autonomie in der Physiotherapie“ der BIG direkt gesund Krankenkasse und des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V anstrebt. Seit Juni 2011 läuft das Projekt mit 40 Praxen und 139 Patienten. Es soll klären, ob die Aussichten auf einen Behandlungserfolg besser sind, wenn sich die Physiotherapeuten von den Verordnungen der Ärzte lösen und selber über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden. Außerdem soll mit der Autonomie der Physiotherapeuten Geld gespart werden. „Ziel des Modellvorhabens ist es daher, festzustellen, welche Auswirkung die Bestimmung der gesamten Parameter durch den Physiotherapeuten sowohl auf die Versorgungsqualität der Patienten als auch auf die Kostenentwicklung bei der Physiotherapie hat“, heißt es denn auch in einem Zwischenbericht des IFK zu dem Projekt.

Jetzt hat die Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) die ersten Zahlen der Auswertung vorgelegt: „Insgesamt berichten die Patienten der Modellgruppe tendenziell über eine größere Schmerzreduktion, eine stärkere Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ihres aktuellen Gesundheitszustandes“, teilt der IFK mit.

In Schweden oder Norwegen und auch in vielen Bundesstaaten der USA ist es längst Gang und Gäbe, dass die Patienten sich direkt an die Physiotherapeuten wenden können – mit gutem Erfolg, wie Studien zeigen.

Seit 2008 können nun auch hierzulande laut Pflegeweiterentwicklungsgesetz neue Versorgungsmodelle ausprobiert werden. 2011 haben nun die BIG und der IFK das deutschlandweit einzige Modellvorhaben nach Paragraf 63, Absatz 3b SGB V gestartet, so der IFK. Der Haken: Die Ergebnisse des Projektes könnten der Autonomie der Physiotherapie einen Bärendienst erweisen. Ob die angepeilte Kostenreduktion tatsächlich funktionieren kann, ist nach den ersten Zwischenergebnissen ein zweiter offener Punkt. Daten direkt zur Qualität der Versorgung selbst bietet der Zwischenbericht nicht.

Im Einzelnen:

Insgesamt wurden bis zum September 2012 genau 139 BIG-Patienten durch 40 Praxen in Berlin und Nordrhein-Westfalen rekrutiert und von dem Schweitzer Institut per Zufallsverfahren in Kontroll- und Modellgruppe eingeteilt. In der Kontrollgruppe wählten die Physiotherapeuten die Art des Heilmittels, die Dauer und die Frequenz der Anwendungen. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten die Behandlung wie gehabt auf ärztliche Verordnung. Gemessen wurden unter anderem die Arbeitsunfähigkeitszeiten, der Schmerz, die Funktion und die Beweglichkeit, sowie Behandlungszufriedenheit bei den Patienten und Kosten.

Die Zahlen stützen sich auf die rund 60 Prozent Rückläufer der Befragung, also auf etwa 83 Patientinnen und Patienten, von denen für den Zwischenbericht 59 Endbefunde ausgewertet wurden, Patienten, die im Übrigen fast alle (zu 95 Prozent) berufstätig sind.

Zwar gaben alle Patienten auf der visuellen Analogskala eine Schmerzreduktion vor und nach der Behandlung an. Aber die Patienten der Modellgruppe berichteten „dabei tendenziell über eine größere mittlere Schmerzreduktion als die Patienten der Kontrollgruppe“, so der IFK.

> „Die Patienten der Modellgruppe berichten tendenziell über eine größere Schmerzreduktion, eine stärkere Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ihres aktuellen Gesundheitszustandes.“

So gaben die Patienten auf der Kontrollgruppe auf einer Skala zwischen 1 und 100 ein Schmerzempfinden von 51,5 an. Nach der herkömmlichen Behandlung sank dieser Wert auf 39,8. In der Modellgruppe war dieser Effekt größer. Vor der Behandlung

gaben die Patienten ihre Schmerzstärke auf der Skala mit 47 an, der Wert sank deutlich auf 26,8 nach der Behandlung.

Ein ähnliches Bild ergab sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten. Gemessen wurden Beweglichkeit, Selbstständigkeit, Funktion, Schmerzen und Ängstlichkeit. Auch hier berichteten die Teilnehmer der Modellgruppe eine größere Besserung als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. So verbesserte sich auf eine Skala von 5 (hoher Wert) bis 15 (niedriger Wert) der Gesundheitszustand in der Kontrollgruppe durchschnittlich von 7,4 auf 7,2. In der Modellgruppe änderte sich der Wert von 7 auf 6,5 und damit um 0,3 mehr als in der Kontrollgruppe.

Ihr Gesundheitszustand wurde ebenfalls von beiden Gruppen als verbessert eingeschätzt. Auf einer Skala von 0 bis 100 verbesserte sich der Wert in der Kontrollgruppe von 55,8 auf 67,8. Auch bei diesem Parameter schnitten die Mitglieder der Modellgruppe besser ab. Bei ihnen wuchs der Wert bei der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes von 63,6 auf 70,7.

Bei der Patientenzufriedenheit liegen beide Gruppen auf vergleichbar hohem Niveau. Auf einer Skala von 8 bis 32, wobei 32 eine sehr hohe Zufriedenheit bedeutet, „betrug der Mittelwert der Kontrollgruppe 28, 4 und in der Modellgruppe 29,2“, so der Zwischenbericht. „Das zeigt, dass Physiotherapeuten insgesamt patientenzentriert arbeiten“, heißt es in dem Bericht.

Die Schweizer Forscher haben indessen noch weit mehr Parameter erhoben als Schmerzen, Lebensqualität und den Gesundheitszustand. So prüfte man die Beweglichkeit der Gelenke, machte Krafttests oder Muskelfunktionstests. „Aber unser Vorstand hat entschieden, dass nur ein Teil der Ergebnisse veröffentlicht wird“, erklärt Patrick Heldmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter beim IFK. „Grundsätzlich muss man sagen, dass die Ergebnisse in der Kontrollgruppe fast genauso gut sind, wie in der Modellgruppe. Bis wir aussagekräftige Ergebnisse haben müssen wir noch bis Mitte 2014 Patienten rekrutieren.“ Heldmann sprach von einer „Tendenz zur Modellgruppe.“ Kurz: Die Patienten profitieren davon, wenn ihre Physiotherapeuten selber über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden.

„Es ist noch viel zu früh, überhaupt Aussagen machen zu können.“

Ob das Ganze auch Geld spart, ist unklar. Zur Frage der angestrebten Kostenreduktion jedenfalls erklärt Heldmann: „Die Fallzahl ist bei der Studie noch viel zu klein, um Aussagen machen zu können.“ Auch die BIG mauert bei der heiklen Frage der Kostenreduktion und hüllt sich in Schweigen. „Es ist noch viel zu früh, um überhaupt Aussagen machen zu können!“, erklärt ein BIG-Sprecher.

Allerdings dürften die Physiotherapeuten bezogen auf den einzelnen Patienten möglicherweise tatsächlich preiswerter arbeiten, haben sie doch durchschnittlich weniger Behandlungseinheiten pro Patient gebraucht, wie der IFK schreibt. In der Modellgruppe wurden mehr Patienten mit allgemeiner Krankengymnastik und manueller Therapie behandelt, dafür in durchschnittlich weniger Behandlungseinheiten, so der IFK in seinem Fazit: „Diese Unterschiede lassen auf ein zielgerichtetes Behandlungsregime der behandelnden Pysiotherapeuten schließen“, hieß es. Dass dieser Mechanismus gegebenenfalls auch in einem von Physiotherapeuten-Autonomie geprägten Behandlungsalltag greifen würde, ist wahrscheinlich. Gegebenenfalls würden die Physiotherapeuten dann mehr Patienten behandeln, um die entstandene Honorarlücke zu füllen, oder sie würden die Patienten von vorneherein länger behandeln und die Fallzahlen nicht erhöhen. Was also im Pilot-Projekt Geld sparen könnte, muss im wahren Leben längst noch nicht weniger Geld kosten.

Die Frage der Einsparungen ist also nicht nur offen – offen ist auch, ob Einsparungen überhaupt ein Kriterium sein sollten.

HINTERGRUND

Insgesamt liegen für die 59 Studienteilnehmer folgende Ergebnisse vor: Im Durchschnitt waren die Patienten 48,4 Jahre alt. 40 (67,8 %) waren weiblich und 19 (32,2 %) männlich. 48 suchten eine Praxis in Westfalen-Lippe und 11 eine Praxis in Berlin auf. In beiden Gruppen dominierten Erkrankungen der Wirbelsäule mit 83 %. Die Patienten wiesen mit Behandlungsbeginn gruppenunabhängig ein mittleres Schmerzniveau auf. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität bewegte sich auf einem mittleren Niveau. Das Modellvorhaben geht voraussichtlich 2014 auf die Zielgerade. Teilnehmen können nach wie vor Versicherte von BIG direkt gesund, die mindestens 18 Jahre alt sind und eine aktuell gültige Heilmittelverordnung aufgrund einer Wirbelsäulenerkrankung (WS 1 oder 2) oder einer Erkrankung der unteren Extremitäten (EX 1, 2 oder 3) haben. Für ihre Behandlung stehen 40 IFKModellpraxen in Westfalen-Lippe und Berlin zur Verfügung. Die Patienten werden durch die ZHAW „zufällig“ der Modell- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Für die Modellgruppe bestimmt der Physiotherapeut dann selbst über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung.

Quelle IFK

Im Zweifel würde es jedenfalls der Autonomie der Physiotherapeuten nicht dienen. Denn die Kassen würden die neu gewonnene Autonomie ohne Zweifel versenken, wenn sich heraus stellte, dass die Ersparnis aus den reduzierten Behandlungseinheiten durch eine höhere Fallzahl zunichte gemacht würde. Am Schluss stände dann für die Kassen bestenfalls eine schwarze Null, und für die Autonomie der Physiotherapeuten wäre nichts gewonnen.

So bleibt jetzt, zu warten. Der IFK schreibt: „Zu einem späteren Zeitpunkt werden die beiden Behandlungsgruppen einander auch hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität gegenübergestellt. Sofern sich die Behandlung in der Modellgruppe auch als kosteneffizienter erweist und sich die Verbesserung am Ende in der Gesamtstichprobe in dieser Weise auch bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage präsentieren, kann dieses Modell als erfolgreich betrachtet werden.“

(ben)

Erfolgsgeschichte Outdoor-Training für Mütter

Mami, hol den Buggy raus!

Mit „BuggyFit“ hat die Münchner Physiotherapeutin Jana Wetterau-Kliebisch ihre ganz persönliche Erfolgsstory geschrieben: Als sie 2009 ihr Fitness-Programm für junge Mütter entwickelte (*up* berichtete), hatte sie den Traum, dass sich ihre Idee eines Tages bundesweit durchsetzt. Ihr Traum ist noch nicht ganz in Erfüllung gegangen, aber immerhin gibt es das Outdoortraining inzwischen schon in 17 verschiedenen Regionen Deutschlands – unter der Anleitung von Trainern mit einer „BuggyFit“-Lizenz .

Rückbildungsgymnastik ist Schnee von gestern. „BuggyFit“ heißt das Zauberwort von heute, mit dem junge Mütter zurück zur alten Figur getrimmt werden. Der Clou: Baby und Buggy sind in die Übungen integriert, die die 33-jährige Physiotherapeutin entwickelt hat und von einem Diplom-Sportwissenschaftler prüfen ließ. Das „ultimative Workout für Mütter“, wie es auf ihrer Homepage heißt, sei eine Mischung aus Rückbildungsgymnastik, Kraft- und Ausdauertraining sowie Stretching. Der beste Zeitpunkt für den Trainingsstart sei sechs bis acht Wochen nach der Geburt, einzige Voraussetzung sei eine Teilnahme an mindestens drei Stunden Rückbildungsgymnastik und das „Okay“ des behandelnden Frauenarztes.

Nach Ausbildung zum „BuggyFit“-Trainer winkt die Lizenz

Durch eine Freundin aus England hatte Jana Wetterau-Kliebisch, die 2001 ihren Abschluss als Physiotherapeutin und sich 2009 selbständig machte, „Buggy Fitness“ kennengelernt, einen Trend aus den USA, wo sich schon seit Jahren Trainingsgruppen unter so Namen wie „Buggyrunners“ oder „Mummy move“ zusammengefunden haben. Lange war die junge Therapeutin die Einzige in Deutschland, die ein solches Fitnesstraining im Freien anbot. Gestartet ist sie im April 2009 mit drei Kursen mit zwei bis drei Teilnehmerinnen pro Woche, „und es wurde von Jahr zu Jahr besser“, strahlt sie – inzwischen sind es im Sommer zehn Kurse mit acht bis zehn Teilnehmerinnen.

Nicht nur das: Die Fitness- und Personal Trainerin entwickelte parallel dazu ein Ausbildungsprogramm für „BuggyFit“-Trainer (s. Infokasten). Ihr Konzept lief so erfolgreich, dass sie es jetzt als Franchisesystem anbietet: Nach einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung vergibt sie Lizenzen für eigene Kurse. Mit einer monatlichen Lizenzgebühr ab 25 Euro – abhängig von der Einwohnerzahl – werden die neuen Trainer Teil der „BuggyFit“-Familie, sie erhalten Werbematerialien, Flyer sowie Anzeigen und den Gebietsschutz zur alleinigen Leitung von Kursen. Für die Einrichtung der eigenen Unterseite auf der „BuggyFit“-Homepage müssen die künftigen Teammitglieder, unter denen sich neben Physiotherapeuten auch Sporttherapeuten, Hebammen, Pilates- oder Fitnesstrainerinnen befinden, einmalig 250 Euro zahlen. Im Preis enthalten ist ein Handbuch zur eigenen Internetseite, um Kursangebote und andere Informationen künftig selbst einstellen zu können.

„Viele der Trainer nutzen ‚BuggyFit‘ als zweites Standbein. Es ist ideal für jene, die nach der Geburt ihres Kindes nicht mehr voll arbeiten wollen“, schwärmt die Jungunternehmerin, die im Sommer 2011 selbst Mutter wurde. Ihr zweites „Baby“, der Kurs „Walken mit Kind“, wurde im letzten Jahr als zertifizierter Gesundheitskurs von den Krankenkassen anerkannt, die bei regelmäßiger Teilnahme die Kosten von 110 Euro für zehn Stunden zu etwa 80 Prozent erstatten. „Ein interessanter Aspekt vor allem für Physiotherapeuten“, erklärt die Mami-Fitness-Expertin. Wer Interesse hat, „BuggyFit“ in seiner Stadt aufzubauen, der kann sich an die Münchner Physiotherapeutin wenden. Die Nachfrage nach „BuggyFit“ sei nach wie vor groß, weiß Jana Wetterau-Kliebisch zu berichten. Das Konzept habe durchaus Wachstumspotenzial – schließlich kommen in Deutschland pro Jahr knapp 700.000 Kinder zur Welt.

> „Viele der Trainer nutzen ‚BuggyFit‘ als zweites Standbein.“

Neues Coaching-Buch für das selbständige Training

Für all jene jungen Mütter, die in ihrer Stadt noch keinen „BuggyFit"-Kurs haben, empfiehlt die Fitnesstrainerin ihr neues Coaching-Buch „Fit mit Baby – Workout mit dem Kinderwagen". „Mit diesem Buch in der Wickeltasche kann jede Mama jeden Tag ihr kleines persönliches Workout in den Mama-Baby-Alltag einbauen", so Jana Wetterau-Kliebisch, „für eine bessere Figur und für ein schönes gemeinsames Erlebnis mit ihrem Baby." Das Buch ist für 9,95 Euro beim 5W-Verlag (Tel: 030-95626561, info@5w-verlag.de, www.5w-verlag.de) oder auf der Homepage erhältlich. *(ks)*

> KONTAKT

Jana Wetterau-Kliebisch, Hohenschwangauplatz 10, 81549 München, Tel.: 089-28701482, Mobil: 0174-9047033, E-Mail: jana.wetterau@buggyfit.de, www.buggyfit.de

INFORMATION

Grundausbildung + Zusatzausbildung „Buggyfit": 7 Tage

Für alle ohne fachspezifische Vorausbildung

BUGGYFIT BASIC

Voraussetzung:
- sportlich
- 10 Stunden Teilnahme bei einem Fitnesskurs (Pilates, Aerobic etc.)

Ausbildungsinhalte:
- Grundlagen der Anatomie
- Funktionelle Anatomie
- Trainings und Bewegungslehre
- Grundlagen der Physiologie
- Aufbau/Planung/Organisation einer Trainingsstunde
- Praktische Übungen (Dehnungs- und Kräftigungsübungen)
- Erstes Unterrichten vor der Gruppe
- Haltung, Technik, Didaktik, Korrektur

Dauer:
- 5 Tage Basic + 2 Tage Buggyfit Trainer-Ausbildung

Nachdem du die Basic-Ausbildung erfolgreich absolviert hast, solltest du innerhalb von sechs Monaten die zweitägige Buggyfit Trainer-Ausbildung besucht haben, und schon kannst du in deinem Gebiet Buggyfit-Kurse leiten.

Gebühr:
670 Euro inkl. Ausbildungsskript
Termin:
13. bis 17. September 2013
Ort:
Coachyfy, Richard-Strauss-Straße 48, 81677 München

Nur Zusatzausbildung „Buggyfit": 2 Tage

Für Trainer, Physiotherapeuten, Gymnastiklehrer etc.

BUGGYFIT TRAINER

Diese Ausbildung garantiert Dir den Gebietsschutz in deiner Stadt.
Vorrausetzung:
- Abgeschlossene Ausbildung im Bereich Fitness oder Group Fitness/Physiotherapeut/Gymnastiklehrer oder abgeschlossene Buggyfit Basic Lizenz

Ausbildungsinhalte:
- Marktstrategie,Konzept, Philosophie, Ablauf von Buggyfit
- Organisation eines Kurses/Kundengewinnung/Werbung
- Anatomie Beckenboden
- Indikation und Kontraindikation für Training nach der Geburt
- Stundenaufbau nach dem Buggyfit Konzept
- Übungen für Bodyforming
- Übungen mit dem Buggy
- Übungen mit Baby
- Outdoortraining

Dauer:
1. Tag: 10.30Uhr – 17.00 Uhr (Theorie)
2. Tag: 9.00Uhr – 17.00Uhr (Praxis)

Gebühr:
250 Euro inkl. Ausbildungsskript und Buggyfit Zertifikat
Termin:
9./10. November 2013
Ort:
Coachyfy, Richard-Strauss-Straße 48, 81677 München

Der Abrechnungstipp

Zuzahlungsregelung

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Versicherte zu einer Heilmittelverordnung dazu bezahlen müssen. Gleichzeitig sind die Leistungserbringer dazu verpflichtet, diese Zuzahlungen von den Versicherten einzuziehen. Allerdings treibt ein Therapeut das Geld im Namen und auf Rechnung der jeweiligen Krankenkasse ein und muss deswegen keineswegs das Inkassorisiko selbst tragen.

§ GRUNDREGELN

- Der Gesetzgeber verpflichtet alle Versicherten zu einer Zuzahlung bei der Inanspruchnahme von Heilmitteltherapie (§ 61 SGB V): 10 € je Verordnung plus 10 Prozent der Kosten der Behandlungen.
- Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind zur Zuzahlung verpflichtet (§ 32 Abs. 2 SGB V), es sei denn, der Arzt hat auf der Verordnung eine Befreiung gekennzeichnet.
- Den Ablauf des Zuzahlungsinkassos regelt § 43b Abs. 1 SGB V: „Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.“ Die vom Patienten eingezogene Zuzahlung wird also später bei der Abrechnung wie eine Art „Anzahlung“ gewertet. Der Gesamtrechnungsbetrag wird entsprechend gekürzt.
- Für den Fall, dass ein Patient nicht zahlt, gilt ebenfalls § 43b Abs. 1 SGB V: „Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.“
- Der eingezogene Zuzahlungsbetrag muss für die Abrechnung mit der GKV vom Leistungserbringer auf der Verordnung im Feld „Gesamt-Zuzahlung“ eingetragen werden.

SELBST KORRIGIEREN

- Eine Änderung der Felder „Gebühr pflicht.“ oder „Gebühr befreit“ durch den Therapeuten ist nicht zulässig.
- Fehlt die Angabe der Gebührenpflicht, muss die Zuzahlung eingezogen werden.
- Krankenkassen akzeptieren bei fehlender oder falscher Angabe der Gebührenpflicht den Nachweis der Zuzahlungsbefreiung durch eine Kopie des aktuellen Befreiungsausweises, der zusammen mit der Verordnung zur Abrechnung eingereicht wird.

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Der Arzt kann das Kreuz bei „Gebühr pflicht.“ oder „Gebühr frei“ auch nachträglich ändern oder ergänzen. Die Änderung muss mit Stempel, Datum und Unterschrift bestätigt werden. Das kann in den meisten Bundesländern auch per Fax erfolgen.

BESONDERHEITEN

- Achtung! Eine Zuzahlungsbefreiung ist immer auf ein Jahr begrenzt. Achten Sie also besonders beim Jahreswechsel auf Aktualität! Erlöscht die Befreiung zum Jahresende, kann es sein, dass die Zuzahlung anteilig für das neue Jahr gezahlt werden muss.
- Zahnärztliche Verordnungen: Zahnärztliche Verordnungen unterliegen zwar nicht der Heilmittel-Richtlinie, aber da die Zuzahlungsbedingungen im SGB V geregelt sind, gelten die Zuzahlungsregeln ebenfalls für die vom Zahnarzt verordneten Heilmittel.
- Die Versicherten der folgenden Kostenträger unterliegen nicht der Zuzahlungspflicht des SGB V:
  - Sozialhilfeträger/Jugendämter
  - Patienten der Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft,
  - Bundeswehr
  - Postbeamtenkrankenkasse A
  - Heilfürsorge Polizei
  - Heilfürsorge Feuerwehr

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Zuzahlungen sind Gebühren der Krankenkasse: Es lohnt sich nicht, für eine sozialpolitisch außerordentlich fragwürdige Zuzahlungsregel Streit mit den Patienten zu haben. Deswegen sollte klar kommuniziert werden, dass Therapeuten die Zuzahlung nicht für sich einfordern, sondern gesetzlich dazu gezwungen sind.
- Patient zahlt nicht: Zahlt der Patient nicht (z.B. weil er die Zahlung vergisst), gilt das o.g. Verfahren des § 43b Abs. 1 SGB V. Konkret bedeutet das: Mahnen Sie den Patienten (zum Beispiel mit einem Formular oder einem Vordruck aus der Praxis-Software) schriftlich an. Es reicht, wenn Sie die Mahnung persönlich beim nächsten Termin übergeben. Vermerken Sie diesen Vorgang auf einem Mahnungsnachweis und stellen Sie dann die Verordnung ohne Abzug der Zuzahlung der Krankenkasse in Rechnung stellen (den Mahnungsnachweis der Rechnung beifügen). Wichtig: Manche Kassen wollen eine Quittung des Patienten sehen, in der dieser den Erhalt dieser Mahnung bestätigt oder sie wollen die Kopie eines Einschreibens bekommen. Für solche Formalien gibt es rechtlich keine Grundlagen, so dass Sie auf solche Forderungen auf keinen Fall eingehen sollten.
- Statusänderung im Behandlungsverlauf: Das Datum der ersten Behandlung entscheidet zunächst über die Zahlung der Verordnungsblattgebühr und des prozentualen Anteils an den Kosten.
  - Zuzahlungspflicht → Befreit: Wird der Patient im Laufe der Behandlung von der Zuzahlung befreit, können Sie ihm die Zuzahlung für die bereits erbrachten Therapien, die nach der Befrei-

ung erfolgt sind, erstatten. Beispiel: Erhält der Patient nach vier Behandlungen eine Befreiung, muss er die folgenden Behandlungen mit der 10-prozentigen Kostenbeteiligung nicht mehr bezahlen.

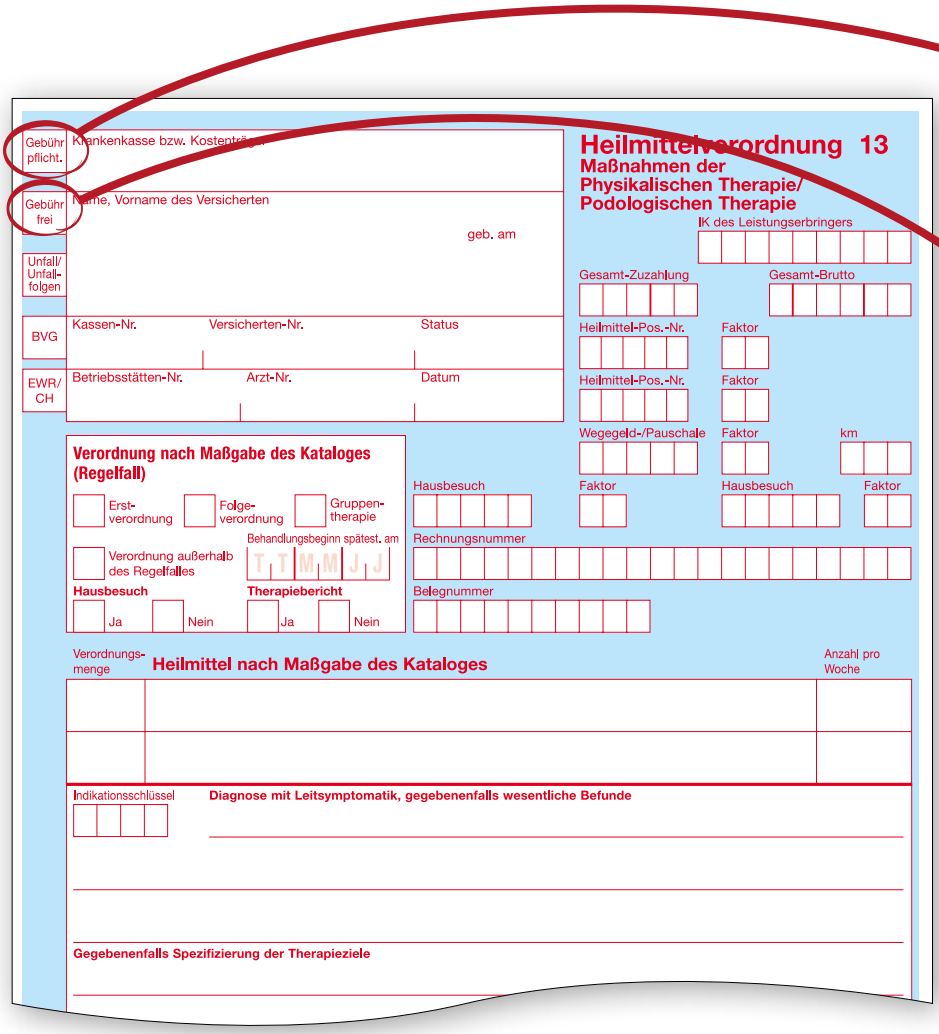
- Zuzahlungsbefreit → Pflicht: „Bezogen auf die Verordnungsgebühr ist der Tag der erstmaligen Inanspruchnahme der verordneten Leistung maßgebend. Bezogen auf die 10-prozentige Kostenbeteiligung ist das Datum der Inanspruchnahme des jeweiligen Heilmittels maßgeblich.“ (Mitteilung des IKK-Bundesverbandes (2003) an die Heilmittelverbände). *Beispiel:* Der (für 2012 befreite) Patient hat seine Behandlung noch im Dezember 2012 begonnen. Es muss keine Verordnungsblattgebühr eingezogen werden. Auch die 10-prozentige Kostenbeteiligung entfällt für alle Behandlungen im Jahr 2012. Mit dem 1. Januar 2013 wird der Patienten gebührenpflichtig. Dann muss für jede weitere Behandlung der im Vorjahr begonnen Verordnung der 10-prozentige Kostenanteil vom Patienten eingefordert werden.

► Zuzahlung ist komplett bezahlt, aber die Verordnung wird abgebrochen:

- Für die Zuzahlung übernimmt die Praxis nur das Inkasso. Daher ist das Vorgehen abhängig davon, ob das Rezept bereits mit der Kasse abgerechnet worden ist.
- Wurde die Verordnung bereits bei der Kasse abgerechnet, so muss der Patient die zu viel gezahlte Zuzahlung bei der Kasse einfordern.
- Ist die Verordnung noch nicht abgerechnet, so kann die Praxis dem Patienten den zu viel gezahlten Zuzahlungsanteil erstatten. Es besteht aber keine gesetzliche Exkassopflicht. Trotzdem sollte bedacht werden, ob solche Beträge eine Auseinandersetzung und ein eventuell damit verbundener Imageverlust der Praxis wert sind. *(jw)*

up-premium plus

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



Eine Änderung der Felder „Gebühr pflicht.“ oder „Gebühr befreit“ durch den Therapeuten ist nicht zulässig. Der Arzt kann dies aber auch nachträglich noch ändern.

Fehlt die Angabe der Gebührenpflicht, muss die Zuzahlung eingezogen werden.

Keine Angst vor Veränderungen

Erfolgreich mit Changemanagement

Ob die Ausweitung des Therapie-Angebotes, die Praxiseröffnung in unmittelbarer Nähe, die Schwangerschaft der Kollegin oder die veränderte Gesetzgebung: Sowohl der Praxisinhaber als auch seine Mitarbeiter stehen ständig unter Veränderungsdruck. Der langfristige Bestand der Praxis ist letztlich davon abhängig, wie die Beteiligten während des laufenden Betriebes damit umgehen. Dabei muss Veränderung per se nicht negativ sein. Durch Changemanagement können Praxischefs bewusst Veränderungen in der Praxis steuern.

Veränderungsprozesse führen stets zu Verunsicherungen sowohl bei den betroffenen Mitarbeitern als auch bei den verantwortlichen Führungskräften. Diese Verunsicherungen sowie offene oder verdeckte Widerstände gilt es in eine positive Unterstützung des Veränderungsprozesses umzuwandeln, d.h. die Veränderung zu managen.

Die Vorbereitung

Analog zur standardisierten Physiotherapie beginnt Changemanagement mit einer Ist-Analyse im Sinne eines Aufnahmeassessments. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:

- Wieviel Veränderung ist nötig und realistisch? Muss zum Beispiel die gesamte Praxis umgebaut werden, wenn lediglich ein neues Angebot etabliert werden soll? Müssen alle den Kurs besuchen und die Prüfung belegen oder ist ein Therapeut ausreichend?
- Trauen Sie es sich zu, den Veränderungsprozess anzustoßen und vor allem, haben Sie die Motivation den Prozess durchzuhalten oder sind Sie zum Beispiel privat aktuell sehr gefordert?
- Haben Sie genügend Unterstützer und Unterstützung? Steht zum Beispiel der Stellvertreter oder der von Ihnen eingesetzte Praxisleiter nur auf dem Papier oder tatsächlich hinter Ihnen, ist er loyal?
- Sind Sie bereit, die nötige (Lebens-) Zeit dafür zu investieren?

Abb. 1

Einflussgrößen und Risiken

Die Veränderung ist abhängig von der Ausgangssituation. Eine wesentliche Einflussgröße ist der Veränderungsbedarf, d.h., wird die Veränderung als zwingend notwendig oder als „nice to have“ nach dem Motto „Das haben wir schon immer so gemacht“ betrachtet. Daneben wirkt die Veränderungsbereitschaft fördernd oder bremsend auf den Veränderungsprozess. Neben diesen beiden grundsätzlichen Einflussgrößen gibt es eine große Palette weiterer Faktoren, die im Veränderungsprozess zu berücksichtigen sind (s. Abb. 1).

Anforderungen an den Praxisinhaber und die Initiatoren des Veränderungsprozesses

Aus den Einflussgrößen und potentiellen Gefahren für den Erfolg des Veränderungsprozesses lassen sich die Aufgaben und Anforderungen für den oder die Initiatoren dieses Prozesses, so genannte Change Agents, ableiten (s. Abb.2).

Widerstand

Veränderungen sind nicht selten für die direkt davon betroffenen Mitarbeiter überraschend, unbequem, beängstigend oder sogar bedrohlich. Der Mitarbeiter verbindet zum Beispiel höhere Belastungen (fachlich, körperlich, psychisch), Einschränkung bisheriger Freiheiten und Gewohnheiten, Prestige- oder Statusverlust aufgrund der geplanten Einstellung eines höher qualifizierten Therapeuten oder Einkommenseinbußen bis hin zum Arbeitsplatzverlust mit der Veränderung [1].

Eine daher mit Veränderungsprozessen einhergehende Folge sind Widerstände gegen Veränderungsbestrebungen, einschließlich gegen dessen Befürworter und Initiatoren. Je nachdem, ob der Mitarbeiter bestätigt wird oder nicht, erlebt er die Veränderung. Ist diese bestätigend im Sinne von: „Gut, dass das endlich passiert, das habe ich ja schon vor Jahren vorgeschlagen!“ wird sie eher positiv erlebt. Demgegenüber kann Veränderung beispielsweise dann negativ erlebt werden, wenn sie als Abwertung verstanden wird: „War denn alles schlecht und falsch, was ich bisher getan habe?“.

Abb. 2

Erfolgsfaktoren

In der Praxis sind in Anlehnung an Kotter folgende Maßnahmen durchzuführen, damit der Veränderungsprozess gelingen kann [2]:

BEDARF WECKEN, NUTZEN STIFTEN UND VERTRAUEN SCHAFFEN

- Klarheit über die Ziele, was genau soll erreicht werden?
- Offene Informations-Politik, das heißt auch, die Mitarbeiter werden nicht durch Gerüchte und Gerede verunsichert
- Das Problem eingrenzen und ein Problembewusstsein schaffen
- Glaubwürdigkeit des Vorhabens sicherstellen

ZIELORIENTIERT INFORMIEREN UND KOMMUNIZIEREN

- Etablieren von Teambesprechungen, in denen die Bedenken offen gelegt werden, Argumente ausgetauscht und Lösungen gesucht werden
- Dialoge sind wichtig
- Einsatz verschiedener Medien, je nach Veränderungsanlass kann dies vom Vier-Augen-Gespräch bis hin zur Pressemitteilung reichen

LERNEN SICHERSTELLEN

- Raum für den Prozess bis zum Akzeptieren und Ausprobieren des Neuen geben
- Fehler als Lernchance begreifen
- Therapeuten und die Praxis sind Bestandteil der Veränderung. Das heißt beispielsweise, die Therapeuten haben, bezogen auf den Weg zum Ziel, Spielraum und können sich individuell nach ihren Kompetenzen einbringen
- Zeit für die Teamfindung etc. einplanen
- Nicht „eingreifen“ und „es doch wieder selbst tun“, sondern zum Beispiel die Eigenverantwortung des Therapeuten und seine Kompetenzen durch Anwendung neuer Techniken fördern
- Den Blick für „Zwischenerfolge“ offen halten und diese anerkennen

VON AUSSEN NACH INNEN ORGANISIEREN

- Patient und Umfeld, in dem die Praxis existiert, haben oberste Priorität
- Intern ein Verständnis für die Patienten, Kunden und das Umfeld (auch die verordnenden Ärzte) aufbauen
- Prozesse nach deren Sinn bezogen auf die angestrebte Veränderung untersuchen: Sind Abläufe und Strukturen notwendig und falls ja, können sie optimiert werden?

KONSEQUENT HANDELN

- Mit Blick auf das Ziel die geplante Veränderung durchhalten, Rahmenbedingungen definieren und nachhalten
- Die Entscheidung eines Mitarbeiters, der das Ziel nicht mittragen und die Praxis daher verlassen will, respektieren

Ohne Physiotherapeut kein Praxisbetrieb

Im Rahmen des Veränderungsprozesses sind die Mitarbeiter häufig unzufrieden und reagieren verschieden, bis die neue Struktur etabliert ist. Destruktives Verhalten spüren das Team, der Patient, der Vertreter, der Fachschüler. Es wirkt letztlich auch demotivierend auf den Mitarbeiter selbst. Weder „Dienst nach Vorschrift“ noch „blinder Aktionismus“ schaffen einen maßgeblich vom Team abhängigen Arbeitsplatz. Im Sinne des Praxisauftrages, die Patienten optimal zu versorgen, muss der Praxisinhaber in jedem Fall dafür sorgen, dass jeder Therapeut den Hintergrund der geplanten Veränderung kennt, um sie überhaupt mittragen zu können.

Claudia Winkelmann, Klaus-Dieter E. Suppes

> KONKRET

Wenn Sie mehr über das Thema erfahren möchten, besuchen Sie auf der *therapie Leipzig* das Seminar von Frau Dr. Claudia Winkelmann: „Changemanagement – Veränderungsmanagement“, 21.2.2013, 10 bis 13 Uhr.

Literatur

1 Winkelmann C, Suppes K-D. 2011. Tal der Tränen. Changemanagement – Veränderungen gehören zum Alltag. pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten, Jg 63, H 10, 90-2.

2 Kotter J, Rathgeber H. 2006. Das Pinguin-Prinzip. Wie Veränderung zum Erfolg führt. München: Droemer Verlag.

Dr. Claudia Winkelmann
Universitätsklinikum Leipzig AÖR
Stabsstelle Physikalische Therapie und Rehabilitation
Leiterin der Stabsstelle
Liebigstraße 18, 04103 Leipzig
Kontakt: claudia.winkelmann@uniklinik-leipzig.de

Klaus-Dieter E. Suppes
HELIOS Kliniken GmbH
Zentraler Dienst Bau- und Projektsteuerung
Niederlassungsleiter Nord-Ost
Friedrichstraße 136, 10117 Berlin
Kontakt: klaus-dieter.suppes@helios-kliniken.de

Extrabudgetär verordnen – schnell und einfach

So hilft der neue Heilmittel-Katalog

Seit 1. Januar 2013 gelten die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Praxisbesonderheiten, ebenso wie die Liste der Diagnosen zum langfristigen Heilmittelbedarf. In der aktuellen Auflage des Heilmittel-Katalogs sind alle Neuerungen integriert, so dass Therapeuten ihre zuweisenden Ärzte optimal bei der Regressprophylaxe unterstützen können.

Damit eine Verordnung als Praxisbesonderheit oder für langfristigen Heilmittelbedarf anerkannt wird, muss der Arzt seit 1.1.2013 auf der Verordnung einen endstelligen ICD-10-Code notieren und eine, durch die KBV und den GKV-Spitzenverband zugordnete Diagnosengruppe, verschreiben. Gut informierte Therapeuten können ihre zuweisenden Ärzte auf diesem Gebiet bei der Regressprophylaxe unterstützen, indem sie über den neuen Sachverhalt aufklären und Verordnungen auf diese Möglichkeiten hin überprüfen. Das fördert nicht nur die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Arzt, sondern sorgt auch dafür, dass Patienten ihre notwendige Heilmitteltherapie bekommen. So können alle Parteien von den neuen Regelungen profitieren.

DER HEILMITTEL-KATALOG AUF EINEN BLICK:

Praxisbesonderheiten

Es wurden bundesweite Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festgelegt, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind. Im neuen Heilmittel-Katalog sind diese immer schnell und übersichtlich griffbereit: Hier finden Sie alle Praxisbesonderheiten in einer übersichtlichen Tabelle, sortiert nach Logopädie, Ergo- und Physiotherapie. Zu jedem ICD-10-Schlüssel sind die verordnungsfähigen Diagnosengruppen gelistet, so dass man einfach von der Diagnose zur extrabudgetären Verordnung gelangt.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Alle Diagnosen zum langfristigen Heilmittelbedarf aus der „Liste über langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 SGB V“ (Anlage 2) sind nun auf einen Blick zu finden: Überblicken Sie als übersichtliche Tabelle alle Diagnosen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf auslösen können, sortiert nach Logopädie, Ergo- und Physiotherapie. Zu jedem entsprechenden ICD-10-Schlüssel sind die verordnungsfähigen Diagnosengruppen gelistet. So gelangt man einfach von der Diagnose zur extrabudgetären Verordnung.

Fachgruppen-Register

In den meisten Arztpraxen werden verschiedene Heilmittel-Fachrichtungen verordnet. Deshalb gibt es in diesem Heilmittel-Katalog alle Informationen zu allen Heilmitteln: Physiotherapie, Podologie, Logopädie und Ergotherapie. Mit dem Fachgruppenregister brauchen Sie für die Auswahl der richtigen Fachgruppe nur einen Handgriff!

Diagnosengruppen-Register

Zu jeder Fachgruppe sind alle Diagnosengruppen übersichtlich am Seitenrand als Register ausgestanzt. Schneller und einfacher kann man nicht zur gewünschten Diagnosengruppe kommen: Mit zwei Handgriffen sind Sie genau dort, wo die richtigen Verordnungsdaten dokumentiert sind.

Jetzt ganz neu:

1. Praxisbesonderheiten: Alle ICD-Schlüssel, die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband für diese Diagnosengruppe als Praxisbesonderheiten vereinbart worden sind und damit nicht in das Heilmittel-Budget des verordnenden Arztes fallen.

2. Langfristiger Heilmittelbedarf: Die vereinbarten Diagnosen für den langfristigen Heilmittelbedarf sind für diese Diagnosengruppe als ICD-10-Schlüssel aufgeführt. So kann schon bei der Verordnung bzw. der Prüfung geklärt werden, ob es sich bei der betreffenden Verordnung um extrabudgetäre Heilmittel handelt.

3. Relevante Diagnosen: Immer wieder gibt es Diskussionen darüber, welche Diagnose zu welcher Diagnosengruppe passt. Mit der neuen Ausgabe des Heilmittel-Katalogs ist die Zuordnung der Diagnosen ganz einfach, denn alle sinnvoll möglichen Diagnosen sind hier als ICD-10-Schlüssel direkt abgebildet. Durch das zusätzliche Diagnosenregister kann man gezielt nachschlagen, welche Diagnosengruppen bei einer bestimmten Diagnose überhaupt in Frage kommen.

Die neue dazugehörige Broschüre gibt ausführliche Hinweise zur Verordnungsprüfung und -korrektur.

> SERVICE

Auf *www.buchner-shop.de* finden Sie unter der Artikelnummer 763-20 ein Anleitungsvideo, wie Sie den Heilmittelkatalog (Preis 18,50 € netto) optimal nutzen können.

Luxuswagen als Betriebs-Pkw

Praxischefs dürfen Porsche fahren!

Wenn Praxisinhaber besonders hochwertige Autos im Betriebsvermögen halten, nimmt die Finanzverwaltung quasi automatisch eine private Mitnutzung an. Dieser sogenannte „Beweis des ersten Anscheins" lässt sich aber entkräften, so dass hohe Steuerersparnisse erzielt werden können.

Jedem Praxisinhaber steht es grundsätzlich frei, dem Betriebsvermögen auch hochwertige Kraftfahrzeuge zuzuordnen. Allerdings gehen die Finanzbeamten dann davon aus, dass ein solches Kfz (wie zum Beispiel ein teurer Sportwagen) auch privat genutzt wird. Vor allem dann, wenn es sich um Fahrzeuge handelt, die ihrer Art nach eher auf eine pri-

vate Nutzungsabsicht schließen lassen. Das trifft zum Beispiel auf die Cabrio-Fahrer unter den Praxisinhabern bzw. -inhaberinnen zu. Das Finanzamt versucht dann, die Privatnutzung über den Ansatz von 1% des Brutto-Listenpreises pauschal abzugelten. Die Juristen sprechen hierbei vom Beweis des ersten Anscheins, der für eine private Mitbenutzung betrieblicher Pkw spricht. Dies entspräche der sog. allgemeinen Lebenserfahrung.

Schon immer bestand zwar die Möglichkeit, diesen „Anscheinsbeweis" zu entkräften, was aber nicht selten zu Diskussionen mit den Betriebsprüfern führte. Kürzlich haben sich nun die Richter am Münchener Bundesfinanzhof (BFH) auf die Seite der Steuerpflichtigen gestellt. Wenn nämlich für private Fahrten andere, ebenfalls hochwertige Fahrzeuge zur Verfügung stehen, die also dem betrieblichen Fahrzeug in Status und Gebrauchswert vergleichbar sind, dann darf die Finanzverwaltung die private Mitnutzung des teuren Betriebs-Pkw nicht mehr ohne weiteres unterstellen.

Konkret entschieden hat der BFH in seinem Urteil vom 4. Dezember 2012 in einem Fall, in dem ein Porsche 911 dem Betriebsvermögen zugeordnet war. Daneben standen dem Unternehmenschef privat ein Porsche 928 S4 und ein Volvo V70 T5 zur Verfügung (dieser Volvo ist ein „Kombi"; die fünf zum Haushalt gehörenden minderjährigen Kinder waren verständlicherweise nicht immer im zweisitzigen Porsche unterzubringen).

Für die Entkräftung des Anscheins einer Privatnutzung ist zudem kein sog. „Vollbeweis des Gegenteils" erforderlich. Der Praxisinhaber muss also nicht beweisen, dass eine private Nutzung seines hochwertigen Kfz nicht stattgefunden hat. Ausreichend ist schon die Argumentation, dass der von der Finanzverwaltung unterstellte „Normalfall" hier nicht greift. Es wäre dann Aufgabe des Finanzamts, die private Nutzung durch den Praxisinhaber im fraglichen Zeitraum zu beweisen.

Entscheidend war für die Richter am BFH die Gleichwertigkeit der insgesamt zur Verfügung stehenden Fahrzeuge in Bezug auf:

- Ausstattung,
- Fahrleistung und
- Prestige.

Soweit das der Fall ist, kann der BFH keine nachvollziehbare Veranlassung dafür erkennen, das betriebliche Fahrzeug zu privaten Zwecken zu nutzen. Zwar hatte in dem konkreten Fall theoretisch auch die Ehefrau die Möglichkeit, für private Fahrten den Porsche 911 neben dem auf ihren Ehemann zugelassenen Porsche 928 S4 bzw. den Volvo V70 T5 zu nutzen. Hier schlägt aber nun das Pendel der sog. allgemeinen Lebenserfahrung zugunsten des Sportwagenfahrers um. Denn aufgrund der Familiensituation (fünf minderjährige Kinder) ist davon auszugehen, dass die Ehefrau tatsächlich den im Privatvermögen gehaltenen Kombi Volvo V70 T5 anstelle eines zweisitzigen Sportwagens nutzt.

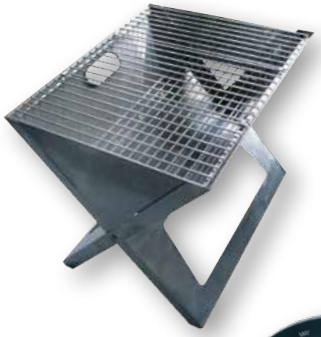
Dr. Hans-Jürgen Hillmer

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

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