5.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

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

Patientenerklärung Datenschutz

Logopäden umschwimmen Haken der Krankenkassen

Doch nicht angebissen!

Über den Entwurf neuer Rahmenempfehlungen mit dem GKV-Spitzenverband für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten berichteten wir bereits am 12.4.2013 in unserer Online-Ausgabe. Dieser Alleingang sorgte in der gesamten Heilmittelbranche nicht nur für Aufregung, sondern auch für Bewegung. Denn nun wollen sich wieder alle Heilmittelerbringer an einen Tisch setzen und über gemeinsame Rahmenempfehlungen verhandeln. Wir erklären noch einmal genau, worum es geht.

Im vergangenen Jahr haben die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten mit dem GKV-Spitzenverband separate Verhandlungen aufgenommen, offensichtlich ohne Kenntnis der BHV und der anderen Verbände. Bislang gelten die „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln“ aus dem Jahr 2006. Als Vertragspartner mit dabei sind praktisch alle Heilmittelverbände in Deutschland. Da die Verbände der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten beschlossen haben, eigenständige Rahmenempfehlungen auszuhandeln, würde man erwarten, dass sich etwas im Vergleich zu den aktuellen Rahmenempfehlungen getan hat. Diese Erwartungen werden jedoch nicht erfüllt.

Verbesserungen im Detail

Doch das Positive zuerst. Seit 2006 haben sich die Abrechnungsprüfungen und die daraus resultierenden Rechnungskürzungen der Krankenkassen deutlich verschärft. Mehrere Abschnitte des Entwurfs zum Thema „Gültigkeit der Verordnung“ und „Änderungsmöglichkeiten“ in der neuen Anlage 3 geben nun Anlass zur Freude. So können Logopäden zum Beispiel bei fehlendem oder falschen Indikationsschlüssel nach Rücksprache mit dem Arzt selbst ergänzen/korrigieren. Mehrfache Therapien pro Tag werden ausdrücklich erwähnt, wenn auch unter Genehmigungsvorbehalt der Kassen. Ganz ohne Genehmigung kann „bei erheblichen postoperativen Schluckstörungen … in einem Zeitraum von 14 Kalendertagen Schlucktherapie … mehrfach täglich zur Begleitung der Mahlzeiten abgegeben werden …“. Die Therapiemöglichkeiten werden so der Versorgungsrealität angepasst (§ 18 Abs. 5a). Auch bei der Laufzeit der »

Aktuell

Neuer vdek-Rahmenvertrag Physiotherapie zum Thema „Neuer Arzt = Neuer Regelfall“
Prüfpflicht verstößt gegen Datenschutz 12

G-BA konkretisiert Verfahren bei langfristigem Heilmittelbedarf
Kein Regelfall bei vereinbarten Diagnosen 13

Unabhängiger Schlichter verunsichert Patienten
Sind Sie wirklich neutral, Herr Ombudsmann? 14

Schwerpunkt

So geht Privatpraxis 6

Konzepte

Trendsport Aqua-Fitness als Selbstzahlerleistung
Ab ins Wasser! 18

Abrechnung

Änderungen durch den Arzt 20

Tipps

Kein Anspruch auf Dank und gute Wünsche
Zeugnissprache: Was müssen Praxischefs beachten? 22

www.up-aktuell.de

Heilmittelerbringer sind keine Krankenkassen-Polizei!

Legt ein Patient dem Heilmittelerbringer die Verordnung eines Arztes vor, obwohl ein anderer Arzt bereits bei derselben Indikationsstellung eine Erstverordnung ausgestellt hat, dann soll dies nach einer Anlage zum neuen vdek-Rahmenvertrag eine „Informationspflicht" des Arztes durch den Heilmittelerbringer auslösen (mehr lesen Sie dazu auf Seite 12). Diese Regelung verstößt nicht nur mit ziemlicher Sicherheit gegen geltendes Recht, sondern degradiert Heilmittelerbringer zur Krankenkassen-Polizei und ist als Verhandlungsergebnis eine einzige Peinlichkeit!

Klar, den Krankenkassen ist das „Ärzte-Hopping" ihrer Versicherten ein Dorn im Auge. Deswegen werden seit Jahren hunderte von Millionen Euro in die Entwicklung von elektronischen Rezepten gesteckt, die solche durch Arztwechsel nicht vorgesehenen Heilmittelverordnungen verhindern sollen. Weil das aber in absehbarer Zeit nicht klappt, haben wir jetzt im neuen vdek-Rahmenvertrag mit den Physiotherapeuten eine neue Prüfpflicht. Heilmittelerbringer sollen die jeweiligen Patienten, die von ihrem Recht auf Arztwechsel Gebrauch machen, bei den Ärzten „melden"! Therapeuten als Krankenkassen-Polizei – was für ein unglaubliches Szenario!

Noch unglaublicher ist es, dass Krankenkassenjuristen auf der einen und Verbandsjuristen auf der anderen Seite des Verhandlungstisches sitzen und solche offensichtlich rechtswidrigen Vereinbarungen aushandeln. Die Motivation der Kassenjuristen kann man vielleicht noch nachvollziehen. Aber was die Juristen der Heilmittelverbände bewogen hat, so eine Vereinbarung zu unterschreiben, ist nicht nachvollziehbar! Durch solche Verträge sollte die Arbeit der Praxisinhaber eigentlich einfacher werden – stattdessen werden sie jetzt in die Datenschutzfalle geschubst!

Diese Vereinbarung ist ein peinlicher Patzer, der umgehend korrigiert werden muss. Wer solche Vertragsdetails aushandelt, muss sich nicht wundern, wenn die Mitglieder sauer sind!

Herzlichst Ihr
Ralf Buchner

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), Stefan Genge (ge);
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: LUCKAS (1), Text u. Gestaltung (9), Kaarsten (17), eccolo (23); © iStock: skynesher (6); ZVK e.V. (5), Gemeinsamer Bundesausschuss (5), Physiotherapie Praxis Hartmann (18/19), Privat (8, 11, 22)

Fortsetzung Seite 1 · ***Logopäden umschwimmen Haken der Krankenkassen***

» Verordnung ist ausdrücklich vermerkt, dass Logopädie-Verordnungen durchaus eine Laufzeit von bis zu einem halben Jahr haben können. Die Möglichkeit, entsprechende Behandlungsintervalle zu nutzen, soll in den Rahmenverträgen auf Landesebenen berücksichtigt werden (§ 18 Abs. 5d). Bei fehlerhaften oder unvollständigen Verordnungen kann eine Behandlung begonnen werden. Voraussetzung: es muss sichergestellt sein, dass die Korrekturen/Ergänzungen vom Arzt durchgeführt werden, bevor die Verordnung abgerechnet wird (§ 19 Abs. 1). In der Leistungsbeschreibung wird bei der Befunderhebung der noch gültige aber unzutreffende Begriff „Behandlungszeit" durch den zutreffenderen Begriff „Regelzeit" ersetzt.

Zusammenfassend können die positiven Veränderungen als „Anpassung an die Versorgungsrealität" bezeichnet werden. Den Kassen dürfte es nicht schwer gefallen sein, diesen Punkten zuzustimmen.

Viele neue Stolperfallen

Auf der anderen Seite finden sich aber in dem vorliegenden Entwurf viele, meist kleine Regelungen, die den Praxisinhabern das Leben nachhaltig schwer machen können. Diese können in den Rahmenverträgen auf Landesebenen leider nicht wieder aufgehoben werden. Deshalb sollte in den Rahmenempfehlungen auf Bundesebenen unbedingt ganz sauber gearbeitet werden.

Für folgende Regelungen werden Praxischefs wenig Verständnis aufbringen können:

Der zugelassene Praxisinhaber kann sich laut aktueller Rahmenempfehlung zum Beispiel bei Krankheit vertreten lassen. Neu eingefügt wurde, dass eine solche Vertretung „mindestens 4 Wochen vor Beginn der Vertretung" den Kassen mitgeteilt werden muss (§ 14). Der Sinn einer solchen Regelung erschließt sich nicht wirklich.

Zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung sind immer noch keine konkreten Details zur Durchführung vereinbart worden. Man strebe an, „zu einem späteren Zeitpunkt, das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in diesen Rahmenempfehlungen zu regeln" (§ 21 Abs. 9). Hier geht es um Praxisbegehungen, Vorlage der Verlaufsdokumentation, Nachweis von Qualitätsmanagement etc. Keine Kleinigkeiten also, sondern Szenarien, die bereits in Heilmittel-Praxen stattgefunden haben und deren Durchführungsbestimmung jetzt erneut auf später vertagt wird.

Dazu haben die Kassen Vertragsstrafen bis zu 50.000 Euro bei Fehlverhalten der Therapeuten vereinbart. Regelungen zu Verzugszinsen und Bearbeitungspauschalen für unrechtmäßige Rechnungskürzungen der Kassen werden dagegen nicht festgelegt.

von handschriftlich ausgefüllten Verordnungen zu verweigern. Dabei haben Ärzte zum Beispiel bei Hausbesuchen keine Möglichkeit, die Verordnungen zu bedrucken. Werden diese Rahmenempfehlungen so verabschiedet, dürften Logopäden in Zukunft verstärkt mit Absetzungen wegen handschriftlicher Eintragungen zu kämpfen haben.

GKV Spitzenverband der Krankenkassen

GKV-Spitzenverband · Mittelstraße 51 · 10117 Berlin

Anhörung zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

der GKV-Spitzenverband und der Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (dba), dem Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) und dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) haben sich auf den Abschluss beigefügter Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verständigt (**Anlagen**).

Die Empfehlungspartner geben Ihnen gemäß § 140 f Abs. 4 SGB V Gelegenheit, zu den Rahmenempfehlungen bis zum **06. Mai 2013** Stellung zu nehmen. Bitte richten Sie Ihre Stellungnahme möglichst auch per E-Mail an den GKV-Spitzenverband, Abteilung Arznei- und Heilmittel, E-Mail:
heilmittel@gkv-spitzenverband.de.

Das Schreiben des GKV-Spitzenverbandes zeigt, dass die Rahmenempfehlungen bereits beschlossene Sache waren.

Das größte Problem des Entwurfs ist aber die neue Anlage 3: „Notwendige Angaben auf Heilmittelverordnungen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie". Ziel sei es, die „unterschiedlichen Auslegungen der HeilM-RL hinsichtlich der notwendigen Angaben auf einer Verordnung" zu vereinheitlichen und zu einer „einheitlichen Auslegung" zu kommen. Hört sich gut an, ist im Detail aber nicht entsprechend umgesetzt. So fehlt in Punkt 2 „Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken" der Hinweis, dass die Vereinbarungen zwischen GKV und Ärzten keine Gültigkeit für die Heilmittelerbringer haben. Wird dieser hier nicht mehr eingefügt, werden einige Kassen die Änderungen in den Vordruckvereinbarungen gegen die Logopäden auslegen und Rechnungen kürzen.

Im nächsten Punkt „3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch den Arzt" steckt das Problem schon in der Überschrift: „Bedruckung". Schon länger versuchen Krankenkassen, die Zahlung

Die einzelnen Abschnitte bzw. Felder der Heilmittelverordnung (Muster 14) werden im Detail erläutert. Daraus ergeben sich allerdings neue Fragen, die geklärt werden müssen, bevor die Anlage 3 in Kraft tritt.

Im den folgenden Abschnitten nehmen wir Bezug auf die Nummerierung der Anlage. »

HINTERGRUND

Rahmenempfehlungen gem. § 125 Abs. 1 SGB V werden vom GKV-Spitzenverband mit den Heilmittelverbänden auf Bundesebene abgeschlossen und verfolgen das Ziel, „bundesweit eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitten zu gewährleisten". Diese Rahmenempfehlungen sind damit die Vorgabe für die Rahmenverträge auf Landesebene. Daher gilt: Je besser und exakter die Rahmenempfehlungen sind, desto besser werden auch die Verträge auf Landesebene.

» ·3b· „Art der Verordnung“:
Logopäden wird hier das Recht eingeräumt, erkennbare Fehler bei der Markierung als Erst-/Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls eigenständig zu korrigieren und den Arzt darüber zu informieren. Was hier fehlt, ist eine klare Regelung, wo und wie genau diese Korrektur vorgenommen werden soll, ohne dass dem Therapeuten „Urkundenfälschung“ oder Ähnliches vorgehalten wird.

·3f· „ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns“:
Ausgerechnet an dieser Stelle wurde die Möglichkeit für Logopäden unterschlagen, die Fristüberschreitung bei Behandlungsbeginn nach Rücksprache mit dem Arzt eigenständig zu heilen. Das ist in den Rahmenempfehlungen im § 18 Abs. 4a geregelt, taucht aber an dieser Stelle überraschenderweise nicht auf.

·3g· „Verordnungsmenge“:
Es wird festgelegt, dass ein Therapeut eine Veränderung der Verordnungsmenge auf der Verordnung vornehmen kann. Allerdings fehlt erneut das Wo und Wie.

·3j· „Frequenzangabe“:
Frequenzänderungen sind nach Rücksprache mit dem Arzt schon jetzt durch den behandelnden Therapeuten möglich. Neu ist die Regelung, dass bei fehlenden Frequenzangaben die Vorgaben des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden sind. Es sollte noch einmal klargestellt werden, dass auch eine fehlende Frequenzangabe durch Rücksprache mit dem Arzt durch den Therapeuten ergänzt werden kann.

Etwas unklar ist in diesem Punkt die folgende Regelung: „In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt werden.“ Es bleibt offen, ob es auch zu einer Doppelbehandlung kommen kann, wenn dies nicht ausdrücklich vom Arzt verordnet wird. Neuer Zündstoff also für mögliche Abrechnungsstreitereien mit bestimmten Krankenkassen.

·3m· (in Verbindung mit 3o) „ergänzende Hinweise“:
Es wird von „zwingend erforderlichen Befunden“ des Arztes geschrieben mit dem Hinweis auf den Punkt 3o). Dieser wird allerdings als „optionale Angabe“ geführt und sieht keine zwingenden Befunde vor. So stiftet die Anlage 3 hier mehr Verwirrung, als Klarheit für die Therapeuten, was denn nun nach Ansicht der Kassen zwingend erforderlich ist.

·3q· ICD-Code oder Diagnose:
In diesem Abschnitt geht es um die Praxisbesonderheiten und die Notwendigkeit, dass der Arzt den therapierelevanten ICD-Code aufträgt. „Fehlt die Angabe, dann soll der Therapeut dieses nach Rücksprache mit dem Arzt ergänzen. Die Änderung ist vom Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren.“ Bedeutet das, der Therapeut füllt einfach das ICD-Code-Feld aus? Wird die Verordnung bei fehlendem Code nicht abgerechnet? Woran erkennt der Therapeut, dass es sich bei der Verordnung um eine Praxisbesonderheit handelt, wenn der Arzt das schon nicht bemerkt hat? Fragen über Fragen ergeben sich aus dieser Regelung, die der Kürzungswillkür einiger Krankenkassen Tür und Tor öffnet.

Krankenkassen haben sich durchgesetzt

Die meisten Änderungen in diesen Rahmenempfehlungen gehen wenig bis gar nicht über die Regelungen hinaus, die ohnehin schon durch die Kassen praktiziert werden (siehe auch Fragen-/Antwortenkatalog). Die Anlage 3 besteht in genau dieser Form schon seit dem 1.11.2011 für die Podologen und ist damit auch nicht neu und gesondert verhandelt.

Was also haben die Verbände der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten bei diesen Rahmenempfehlungen neu „verhandelt“? Auf Nachfrage erklärt der dbl dazu: „Gerade angesichts der in den letzten Jahren verstärkt auftretenden Abrechnungsprobleme war es dem dbl ein ganz besonderes Anliegen, die hieraus für logopädische Praxen erwachsenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten dem GKV-Spitzenverband deutlich zu machen und sich für praxistaugliche Regelungen einzusetzen. In überaus konstruktiven Gesprächen konnten Vorschläge für neue Rahmenempfehlungen erarbeitet werden, die nun in ein umfassendes Konsentierungsverfahren gegeben werden“. Konstruktiv kann man die Ergebnisse wohl nicht nennen, denn wirklich wichtige Positionen (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Vertragsstrafe) sind genauso schlecht wie vorher. Die scheinbaren Verbesserungen bei der Verordnungsprüfung der Anlage 3 sind durch neue Unklarheiten in Wirklichkeit „Verschlimmbesserungen“.

Insgesamt ist es den Verbänden nicht gelungen, die Probleme der niedergelassenen Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten auf Augenhöhe in angemessener Weise zu verhandeln. Doch Verbandsmitglieder können jetzt aktiv werden: Melden Sie sich bei Ihrem Verband und fordern Sie Nachbesserungen am Vertragswerk! Die oben genannten Punkte lassen sich zum Teil mit wenig Aufwand klarstellen, was auch im Interesse der Kassen sein sollte.

Zusätzlich kann man die Patientenorganisationen ansprechen. Die Patientenvertreter haben ein Stellungnahmerecht und sollten ebenfalls daran interessiert sein, dass alle Unklarheiten bezüglich der Gültigkeit von Verordnungen eindeutig geregelt werden. Wir können Ihnen auf Nachfrage gern die Adressen der Organisationen nennen, die aufgefordert worden sind, zu den Rahmenempfehlungen Stellung zu nehmen. *(bu)*

> SERVICE

Den Entwurf der Rahmenempfehlungen können Sie als PDF-Datei bei der ***up-premium-plus***-Hotline unter 0800-9477360 kostenlos abrufen.

HINTERGRUND

Am 16.4.2013 veröffentlichte der dbl eine Mitteilung auf seiner Homepage, in der er betont, die Verhandlungen seien noch nicht abgeschlossen. Aktuell stehe in Berlin ein Verhandlungstermin mit der BHV, den Verbänden von dba und dbs sowie dem GKV-Spitzenverband an. In diesem Termin werde sich zeigen, ob die verhandelten und aus Sicht des dbl-Bundesvorstands uneingeschränkt positiven Verhandlungsergebnisse zeitnah in heilmittelbereichsübergreifenden Rahmenempfehlungen vereinbart werden könnten. Fakt ist, die Sprachtherapeuten waren willens, ihren Alleingang durchzuziehen und sich eben nicht heilmittelbereichsübergreifend zu einigen. Dass ein solches Vorgehen nicht nur der ganzen Branche schadet, sondern auch schlechte Ergebnisse für die eigene Mannschaft bringt, bemängelt auch der Geschäftsführer der BHV Heinz Christian Esser im Gespräch mit *up* (siehe Seite 5). Es bleibt zu hoffen, dass alle Verbände nun endlich wieder in einem Boot sitzen und gemeinsam deutlich bessere Ergebnisse erzielen können.

***up* im Gespräch mit dem Geschäftsführer der BHV Heinz Christian Esser**

Von der Schwierigkeit, gemeinsam stark zu sein

Es wird gepoltert und gewettert. Sowohl im Internet als auch am Stammtisch lassen viele Therapeuten ihrem Missmut über ihre Verbände und deren Arbeit freien Lauf. Tatsächlich bieten diese ihren Mitgliedern derzeit auch jede Menge Anlass dazu. Die Untätigkeit des G-BA in Sachen langfristiger Heilmittelbedarf erbost Therapeuten und Patienten schon seit langem – wegen eines Artikels auf bild.de versank der ZVK im Shitstorm und nun starteten die sprachtherapeutischen Verbände offenbar einen Alleingang auf Bundesebene. *up* wollte wissen: was ist da eigentlich los bei den Verbänden? Zerstört sich die Branche selbst von innen heraus? Der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände Heinz Christian Esser gab Heidi Kohlwes Antworten und erklärte, warum Verbandsarbeit keine leichte Sache ist.

Herr Esser, wir berichteten jüngst über die Unwilligkeit des G-BA, die Genehmigungsvoraussetzungen für den langfristigen Heilmittelbedarf endlich rechtsverbindlich in der Heilmittelrichtlinie festzulegen. Welche Strategie verfolgt die BHV in dieser Angelegenheit?

Wir sehen es als legitimen Zwischenschritt, dass der G-BA zunächst und als vorübergehende Regelung ein Merkblatt zum Thema langfristiger Heilmittelbedarf veröffentlicht hat. Diese vorläufige Lösung wollten wir auf keinen Fall gefährden, da sie den Patienten und unseren Praxen weiterhilft. Also haben wir uns die Frage gestellt, schaffen wir jetzt etwas, womit zunächst ein Teil der Konflikte ausgeräumt wird, oder gehen wir in die Fundamentalopposition und sagen, „nein, wir lehnen alles ab"? Wir haben uns für die erste Variante entschieden.

Sie haben allerdings Bedenken geäußert, dass dieses Merkblatt irgendwann gesetzliche Wirkung entfalten könnte. Warum fordern Sie den Gesetzgeber nicht aktiv dazu auf, seine Gesetzgebung auch durchzusetzen?

Das BMG hat sich in Gesprächen mit uns dazu bekannt, dass es ein Jahr lang abwarten will, wie das ganze läuft. Wir warten deswegen auch erst mal ab und beobachten die Lage sehr genau; natürlich haben wir sehr deutlich gemacht, dass wir zukünftig gehört werden müssen. Bisher haben wir aber in der Sache selbst den Eindruck, dass es in der Praxis deutlich besser läuft als vorher. Die Summe der pauschalen Ablehnungen ist nicht mehr da.

...weil der G-BA ein unverbindliches Merkblatt erstellt hat?

Genau.

...Sie sind also zufrieden?

Zufrieden ist man da nie. Aber es hat geholfen, sagen wir mal so. Zukünftig wollen wir jedoch stärker eingebunden werden, egal welche Regelung für uns beschlossen wird.

Über diese Strategie besteht innerhalb aller Heilmittelverbände Einigkeit?

Mir ist nicht bekannt, dass keine Einigkeit bestünde, im Gegenteil.

Vor dem Hintergrund des Alleingangs der sprachtherapeutischen Verbände mit dem GKV-Spitzenverband könnte man den Eindruck bekommen, dass innerhalb der Verbände derzeit keine besondere Einigkeit besteht.

Die BHV macht im Moment einen schwierigen Häutungsprozess durch. Das ist sicherlich nicht zu viel gesagt. Aber, wir werden jetzt gemeinsam über Rahmenempfehlungen verhandeln. Alle Verbände sitzen an einem Tisch, auch die sprachtherapeutischen Verbände.

Warum passiert das erst jetzt?

Das kann ich Ihnen sagen. Der GKV-Spitzenverband hat 1,5 Jahre lang Verhandlungen verweigert.

...mit den Sprachtherapeuten offensichtlich nicht...

Zugegeben, derzeit läuft nicht alles rund. Wenn die BHV in Berlin auftritt, erwartet man, dass die Heilmittelbranche geschlossen dahinter steht. Wenn dann einzelne Verbände anderer Auffassung sind oder Extratouren fahren, ist das nicht hilfreich. Wir können nur etwas bewirken, wenn wir gemeinsam auftreten. Aber dass wir jetzt wieder zusammen am Verhandlungstisch sitzen, bietet ja Aussicht auf Erfolg.

Die Uneinigkeit kommt natürlich auch beim einzelnen Therapeuten an der Basis an. Das Verunsichern der Mitglieder kann aber doch nicht im Interesse der Verbände sein. Ziel aller Beteiligten muss doch sein, ein gemeinsames, starkes Sprachrohr für die gesamte Branche zu schaffen?

Natürlich. Daran arbeiten wir. Dazu wurde die BHV gegründet. Mein Heimatverband, der ZVK, hat erst vor kurzem einen Shitstorm hinter sich gebracht wegen einer Veröffentlichung auf bild.de. Das hat mir zwei Dinge deutlich gemacht. Erstens: Das, was wir tun, was wir verhandeln und was wir erreichen, kommt an der Basis nicht hinreichend an. Oder richtiger gesagt: Wir transportieren diese Dinge nicht so an unsere Kollegen, dass sie es bei der Fülle der Informationen auf Anhieb wahrnehmen. Zweitens: Unseren Kollegen fehlt häufig der präzise Überblick darüber, wie das System der GKV überhaupt funktioniert.

...dann sollten Sie Ihre Arbeit transparent kommunizieren...

Wir versuchen ständig, unsere Erfolge in der Gesetzgebung und in den Vertragsverhandlungen besser zu vermitteln. Aber wir merken, dass wir noch nicht hinreichend deutlich bei unseren Kollegen vor Ort ankommen. Die Leute lesen und hören etwas und regen sich beim Stammtisch oder im Internet – aus ihrer Sicht zu Recht – darüber auf. Oft überwiegt da auch das Emotionale und nicht das Wissen. Ich kann nur sagen, die Berufsverbände sind Teil unseres demokratischen Systems. Der Berufsstand ist nur dann stark, wenn er auf entsprechende Mitgliederzahlen verweisen und dadurch Druck gegenüber Krankenkassen und Politikern ausüben kann.

Was kann dann der Einzelne dafür tun?

In die Verbände gehen und dort seine Stimme erheben. Von außen kann er nur kritisieren, von innen kann er mitwirken. Wir brauchen jeden, egal in welchem Verband er sich engagiert.

Vielen Dank für das Gespräch.

Ab in die Freiheit

Schwerpunktthema „So geht Privatpraxis“

Wenn Praxischefs ihre Kassenzulassung zurückgeben und nur noch Privatpatienten behandeln, gibt es dafür viele gute Gründe. In unserem Schwerpunktthema geben wir Antworten auf die Frage: Wie steige ich um? Was muss ich dabei beachten? Was darf ich ohne meine Zulassung tun und was nicht?

Physiotherapeut Manuel Keller* hat nach 20 Jahren GKV-Praxis die Nase endgültig voll: „Im Herbst gebe ich meine Zulassung zurück“, sagt er entnervt. „Dann habe ich endlich nicht mehr diesen ganzen Stress mit den Kassen, sondern Zeit für meine Patienten und für vernünftige Therapie!“. Der Praxischef hat sich alles genau überlegt. Da er sich schon vor Jahren ganz auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisiert hat und die meisten seiner Patienten privat behandelt, ist die Umstellung für ihn nicht besonders groß. Ändern wird sich für ihn nicht viel. „Ich gebe einfach die Zulassung zurück und fertig. Das einzige, was sich für mich verändert ist, dass ist jetzt endlich meinen Keller entrümpeln kann und die alten Gymnastikkeulen rausfliegen“.

Viele Kollegen spielen zumindest mit dem Gedanken, ganz aus dem Kassen-Karussell auszusteigen. Kaum ein Therapeut hat sich nicht schon einmal gefragt, unter welchen Voraussetzungen GKV-Therapie so durchgeführt werden kann, wie man es in den Aus- und Fortbildung gelernt hat. Dazu kommt das nervige Klein-Klein-Gegängel der Krankenversicherungen und die

Angst, bei jedem Rezept auch nur den kleinsten Fehler zu übersehen und wieder eine Rechnungskürzung zu kassieren. Das macht alles keinen Spaß und hat wenig mit der eigentlichen Arbeit eines Therapeuten zu tun. Wer über einen Ausstieg aus dem GKV-Markt nachdenkt, tut das nicht, weil er keine Lust mehr auf Kassenpatienten hat. Ganz im Gegenteil wollen Therapeuten diese am liebsten in Ruhe und ausführlich behandeln, so wie es die Patienten eigentlich brauchen. Doch das GKV-System sieht eine Minimalversorgung vor und keine umfassende therapeutische Behandlung.

Freiheit in allen Bereichen

Die Vorteile einer reinen Privatpraxis liegen auf der Hand. Man kann frei entscheiden, wann man wen, wie lange behandelt. Das sorgt zum einen für mehr Zufriedenheit im Beruf, denn nun kann man sich voll auf das konzentrieren, was man am liebsten tut: therapeutisch arbeiten. Zum anderen verschafft es dem Praxischef aber auch mehr Zeit, die er entweder in seine Patienten investieren kann oder für sich selbst, seine Familie oder Hobbys. Zudem gibt es keine Vorgaben mehr bezüglich der Räumlichkeiten und Ausstattung der Praxis. Eine freie Gestaltung ganz nach den Wünschen des Praxischefs ist nun möglich. Auch in rechtlicher Hinsicht ändert sich nicht viel, wie der Rechtsanwalt Stefan Genge weiß (Interview siehe Seite 10).

„Privatpraxis bedeutet mehr Freiheit für Therapie."

Und ein schlechtes Gefühl gegenüber den GKV-Patienten muss niemand haben. Denn auch diese können von der Umwandlung profitieren. Sie erhalten längere Therapiezeiten und profitieren von einem Therapeuten, der engagiert arbeiten möchte. Der einzige Unterschied zu vorher: Sie müssen nun selbst für ihre Therapie bezahlen. Doch die Bereitschaft dafür wächst beständig in der Bevölkerung. Wie sie die Umwandlung am besten gegenüber den Patienten und Ärzten kommunizieren, lesen Sie auf Seite 9.

Wer sich für eine reine Privatpraxis entscheidet, sollte diesen Schritt sorgfältig im Vorfeld planen. Denn nicht immer und überall funktioniert das Konzept. Folgende Aspekte sollten Praxischefs im Vorfeld analysieren:

TIPP

Wer sich für eine reine Privatpraxis entscheidet, kann – im Rahmen der ärztlichen Verordnung – selbst die Ausgestaltung der Leistung bestimmen. Wenn Sie also der Meinung sind, man könne Physiotherapie nur sinnvoll im 45-Minuten-Takt erbringen, dann geht's jetzt los. Sie können mit dem Privatpatienten letztlich vereinbaren, was immer Sie möchten – und was halbwegs durch die Verordnung gedeckt ist. Solche Angebote kann man übrigens auch schon dann machen, wenn man noch GKV-Patienten behandelt. Es gibt keinen Zwang, die Minimalkonzepte der GKV auf die Privatpatienten zu übertragen!

Einziges Problem: Die Privatpatienten werden vermutlich Schwierigkeiten haben, eine Erstattung durch Kostenträger zu bekommen. Deshalb könnte es von Vorteil sein, dass der Arzt die „richtigen" Angaben auf der Verordnung macht, z.B. MT als Doppelbehandlung + Massage + Wärme. Oder Sie sind sich Ihrer Sache so sicher, dass Sie großartige Therapie machen, dass Sie auf die Erstattungsprobleme der Patienten keine Rücksicht nehmen.

- STANDORTANALYSE: Liegt die Praxis in einem reichen Vorort von Hamburg oder in einem kleinen Dorf? Wohnen in Ihrem Einzugsgebiet eher gut situierte mögliche Privatpatienten oder viele GKV-Patienten?
- KONKURRENZANALYSE: Wie viele Privatpraxen gibt es in Ihrem Umfeld? Welche Leistungen und Spezialisierungen bieten diese an?
- PATIENTENKLIENTEL DER PRAXIS: Wie viele Privatpatienten behandeln Sie derzeit und wie viele GKV-Patienten? Haben Sie bereits genügend Privatpatienten und Selbstzahler, um die erste Zeit finanziell zu überstehen?
- LEISTUNGSANGEBOT: Können Sie eine Spezialisierung oder einen besonderen Service mit Alleinstellungsmerkmal anbieten?
- FINANZEN: Haben Sie finanzielle Rücklagen, die Ihnen die Übergangszeit erleichtern?

Haben Sie diese Aspekte durchdacht und analysiert, kann es sofort losgehen mit der Privatpraxis. Manuel Keller hat diese Schritte schon getan. „Endlich frei", freut er sich auf seine neue Privatpraxis. *(ko)*

*Name v.d.Red. geändert

SCHWERPUNKT-THEMA

Schwerpunkt „So geht Privatpraxis"	6
Fallbeispiel für eine reine Privatpraxis	8
Übergang zur Privatpraxis fachlich begründen	9
Interview mit Rechtsanwalt Stefan Genge	10

Fallbeispiel für eine reine Privatpraxis

„Nie mehr im Akkord Rezepte abarbeiten!“

Irgendwann wurde das unbefriedigende Gefühl bei Jörg Spriewald in seiner Arbeit als angestellter Physiotherapeut immer größer. Dass Rezepte offenbar wichtiger sind als die Patienten, störte ihn zunehmend. Er zog die Konsequenzen und eröffnete 2006 im nordrhein-westfälischen Bergisch Gladbach seine eigene Praxis – als reine Privatpraxis.

Es sei ein subjektives Empfinden gewesen, betont der 40-jährige Therapeut rückblickend, der seit seinem Abschluss 1998 in einer Reha-Klinik und verschiedenen Praxen – teilweise als Leiter – gearbeitet hat. Er wolle keineswegs die Qualifikation der Kollegen in Kassenpraxen mindern, aber „der Zeitdruck war einfach nicht mein Weg“. Deswegen entschloss er sich für eine physiotherapeutischen Privatpraxis, um dort „mein Konzept und meine Arbeitsphilosophie in angenehmer und ruhiger Atmosphäre erfolgreich umzusetzen und den Patienten im Mittelpunkt meiner täglichen Arbeit zu sehen“.

Eigene Kalkulation der Preise

Eine treibende Kraft für den Gang in die Selbständigkeit vor sechs Jahren sei sein Wunsch gewesen, „nicht mehr im Akkord Rezepte abzuarbeiten“, erklärt Praxischef Jörg Spriewald. Heute arbeitet er als Ein-Mann-Betrieb in einer 60 qm großen Praxis in einem Wohngebiet von Bergisch Gladbach und kann seine Preise selbst kalkulieren. „Honorieren lasse ich mir meine Qualifikation und meine Zeit am Patienten. Da ist es unerheblich, ob ‚Krankengymnastik‘ oder ‚Manuelle Therapie‘ verordnet wurde“. Im Gegensatz zu den Regelarbeitszeiten von etwa 20 Minuten, die die Kassen vorgeben, dauern seine Behandlungen meist eine halbe Stunde – sowohl für „Krankengymnastik“ als auch für „Manuelle Therapie“.

Seine Patienten sind vorwiegend Beamte und Selbständige, Rentner und Pensionäre, aber auch Selbstzahler. Die Anzahl variiert, so der Therapeut, aber im Schnitt behandelt er etwa 80 Prozent Privatpatienten und 20 Prozent Selbstzahler. Auch gesetzlich Versicherte mit ärztlicher Verordnung, die die Therapie aus eigener Tasche bezahlen, gehören zu seinen Patienten. Die Vorteile für seine Patienten, so Spriewald, seien die „ruhige Atmosphäre, die hohe Privatsphäre, eine unkomplizierte Terminvergabe, kein Therapeutenwechsel und eine individuelle befund- und zielorientierte Therapie“.

„Gute Therapieberichte sind kostenlose Werbung“

Neben den klassischen Leistungen der Physiotherapie hat sich Jörg Spriewald auf die Neurologie, Orthopädie, Chirurgie und Lymphologie spezialisiert und hat u.a. Zusatzqualifikationen in PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilisation), Lymphdrainage/KPE (Komplexe physikalische Entstauungstherapie), Manuelle Therapie und K-Taping erworben. Seit Oktober ist die Spiegeltherapie zur Behandlung chronischer Schmerzen neu in seinem Leistungsprogramm. Einen besonderen Schwerpunkt legt er auf die Befundung und Protokollation: Seine Patientenkarten führt er sehr genau, und er legt großen Wert auf gute Therapieberichte an den Arzt. „Das ist kostenlose Werbung für mich“, erklärt der Praxisinhaber, „und das positive Feedback gibt mir Recht.“

Insgesamt hat Jörg Spriewald seine Entscheidung für eine reine Privatpraxis nie bereut. Dass seine Praxis wohl weniger hoch frequentiert wird als Kassenpraxen, empfindet er nicht als Nachteil – im Gegenteil: Zeit für seine Patienten und seine Therapie zu haben, das ist sein Konzept – und das schon erfolgreich seit über sechs Jahren. *(ks)*

> KONTAKT

Privatpraxis für Physiotherapie Jörg Spriewald, Steinenkamp 9, 51469 Bergisch Gladbach, Tel.: 02202-241277, E-Mail: praxis.spriewald@email.de, www.facebook.com/physiotherapie.spriewald

So vermeiden Sie schlechtes Gerede

Übergang zur Privatpraxis fachlich begründen

Der Übergang von der Kassen- zur reinen Privatpraxis will nicht nur in wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht gut geplant werden. Auch Patienten und Ärzte müssen „richtig" informiert werden. Das gelingt am besten mit einer therapeutisch fachlichen Argumentation.

„Die Frau Behnke, die ist sich zu fein geworden", erzählt Martha Müller mit hochgezogener Augenbraue allen Zuhörerinnen an der Käsetheke im Supermarkt. „ Stellen Sie sich vor, die behandelt jetzt nur noch die Privatpatienten in ihrer Praxis. Unsereins darf da nicht mehr hin!". Solche Käsetheken-Gespräche machen schneller die Runde als gewünscht und sollten möglichst vermieden werden. Denn sonst hat die zukünftige Privatpraxis bereits ihren Ruf weg, noch bevor sie überhaupt zu einer geworden ist.

Mit der richtigen Informationspolitik zum Geschäftsmodellwechsel kann und sollte man schon Monate im Voraus beginnen. Die Basis der Argumentation liegt dabei am besten auf einem fachlichen Schwerpunkt. So helfen zum Beispiel Hinweise auf die „Minimalversorgung", die durch die rigiden Leistungsbeschreibungen der GKV-Verträge zustande kommt, ein Problembewusstsein bei Patienten und Ärzten zu schaffen. Zusätzlich könnte man Fortbildungsnachweise und -zertifikate oder Informationsposter mit dem Hinweis in die Praxis hängen, dass diese Therapie leider nicht im Rahmen der Kassenleistungen erbracht werden darf. Wichtig dabei: die Patienten lernen, dass die Umstellung von der Kassen- zur Privatpraxis vorwiegend therapeutisch-fachlich motiviert ist!

Steht die Umstellung konkret bevor, muss die Kommunikation noch einmal genau durchdacht werden. Ein Newsletter oder ein persönlicher Brief an die „alten" Patienten hilft, die Motive des Umstiegs ganz individuell zu erläutern. Ein Gespräch mit dem örtlichen Zeitungsredakteur – gern auch das kostenlose Anzeigenblatt – kann dazu beitragen, die Idee ihres neuen Therapiekonzeptes auch den „noch-nicht"-Patienten nahezubringen.

Sieht Ihr neues Praxiskonzept weiterhin die Verordnung durch Ärzte vor, sollten Sie mit jedem Arzt ein individuelles Übergabegespräch führen. Hier hängt es von dem jeweiligen Arzt ab, wie Sie kommunizieren. Es gibt Ärzte, die Sie um Ihren Mut beneiden, andere, die Sie als künftige Konkurrenz sehen und wieder andere, die so einen Wechsel für unsolidarisch halten könnten. In jedem Fall sollte Ihr Ziel sein, jede Befürchtung zwar anzuerkennen, schnell aber auf die therapeutisch-fachlichen Argumente zu kommen, die Sie zur Rückgabe der Kassenzulassung bewogen haben.

Läuft die Kommunikation rund, dann wird es beim nächsten Mal an der Käsetheke vielleicht heißen: „Die Frau Behnke macht in ihrer neuen Praxis jetzt eine ganz besondere Therapie! Das bezahl ich sogar aus der eigenen Tasche, so gut tut das!" *(bu)*

Rechnet sich der Ausstieg?

Wer plant, seine Kassenzulassung zurückzugeben, sollte sich das vorher ganz genau ausrechnen. Dazu haben wir für Sie eine Kalkulationstabelle vorbereitet. Mit dieser können Sie berechnen, ob Sie sich einen Ausstieg leisten können oder nicht.

So nutzen Sie die Tabelle:

Geben Sie die aktuellen Fixkosten Ihrer Praxis in die Tabelle ein und legen Sie die geplante Behandlungsdauer, den Preis je Behandlung und Ihre Arbeitszeiten fest. Sie können sofort in der Tabelle ablesen, ab welcher Auslastung Sie Geld verdienen und wie hoch Ihr Einkommen in Abhängigkeit von der Auslastung werden kann. *(bu)*

> SERVICE

Die Tabelle können Sie als Datei bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 kostenlos anfordern.

GKV-Ausstieg berechnen

buchner

Nr.				
A	**Stammdaten**			
A1	Fixkosten meiner Praxis/Monat (Miete etc.)		2.500,00 €	Euro
A2	Geplanter Zeittakt (Minuten)		60	Minuten
A3	Geplanter Preis je Zeittakt		70,00 €	Euro
A4	Anzahl bereits bestehender aktiver Patientenbeziehungen		10	Anzahl
A5	Durchschnittliche Behandlungsfrequenz Einheiten/Woche		1	Beh./Woche
A6	Therapiekapazität je Woche in Stunden		40	Std./Woche
A7	Anzahl der produktiven Wochen im Jahr		42	Wochen/Jahr
B	**Ergebnis**			
B1	Erlös je Stunde		70,00 €	
B2	Durchschnittliche Anzahl Therapiestunden im Monat (kalk.)		140	
B3	Startauslastung (aufgrund vorhandener Patienten)		25,0%	
B4	Notwendige Auslastung um Kosten zu decken (Break-Eaven)		25,5%	
	Unterschiedliche Auslastungen ergeben verschiedene...		**...Umsätze**	**...Ergebnisse**
B5		40%	47.040,00 €	17.040,00 €
B6		50%	58.800,00 €	28.800,00 €
B7		60%	70.560,00 €	40.560,00 €
B8		70%	82.320,00 €	52.320,00 €
B9		80%	94.080,00 €	64.080,00 €
B10		90%	105.840,00 €	75.840,00 €
B11		100%	117.600,00 €	87.600,00 €

up im Gespräch mit Stefan Genge, Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Sozialrecht

„Privatpraxis geht einfach“

Soll ich meine Kassenzulassung zurückgeben und nur noch Privatpatienten behandeln? Diese Fragen stellen sich in der derzeitigen Situation der Gesetzlichen Krankenkassen viele Praxischefs. Wer den Schritt gehen möchte, muss einige wenige rechtliche Aspekte beachten. Jenny Werner fragte für up bei dem Rechtsanwalt Stefan Genge nach.

Herr Genge, welche rechtlichen Konsequenzen ergeben sich für Praxischefs, wenn sie ihre Kassenzulassung zurückgeben?

Mit der Rückgabe der Kassenzulassung endet das Recht des Praxisinhabers, Behandlungsleistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben (vgl. § 124 Abs. 1 SGB V). Möglich bleibt damit nur noch die Behandlung von Privatpatienten und Selbstzahlern.

Gibt es dabei irgendwelche Fristen zu beachten?

Eine explizite Frist für die Rückgabe der Zulassung gibt es nicht. Die Mitteilung über die Rückgabe der Kassenzulassung richtet man an die für die Erteilung der Zulassung zuständige Stelle. Dies sind die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Die Zulassung sollte jedoch nicht von einem Tag auf den anderen zurückgegeben werden. Zum einen sollten sich die Patienten auf die Änderung einstellen können und ggf. einen neuen Therapeuten suchen. Zum anderen sind Therapeuten als Leistungserbringer für Heilmittel in den Sicherstellungauftrag der Krankenkassen eingebunden, so dass auch hier ein gewisser Vorlauf mit entsprechender Information der Kassen bzw. der Verbände eingeplant werden sollte.

„Einzige Einschränkung: man darf keine Kassenpatienten mehr behandeln.“

Was ändert sich denn eigentlich für Praxischefs, wenn sie nur noch Privatpatienten behandeln?

Der Praxischef trägt durch die ausschließliche Konzentration der Therapieleistungen auf Privatpatienten nun selbst das Ausfallrisiko für die einzelnen Rechnungen. Zwischen dem Therapeuten und dem Patienten wird ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag geschlossen. Die erbrachten Behandlungsleistungen stellt der Therapeut dann dem Patienten ausschließlich privatrechtlich in Rechnung, so dass keine direkte Kostenerstattung der Krankenversicherung an den Therapeuten stattfindet. Sollte der Privatpatient über eine private Krankenversicherung verfügen, kann es in den Fällen zu Problemen kommen, wenn die Krankenversicherung nicht die vollen

Stefan Genge ist Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Sozialrecht.

Behandlungskosten übernehmen. Leider häufen sich die Fälle, in denen die privaten Krankenkassen nur den beihilfefähigen Höchstsatz übernehmen und die darüber hinausgehende Kostenübernahme zum Teil ablehnen. Das sollte aber nicht dazu führen, dass sich Therapeuten auf die beihilfefähigen Höchstsätze beschränken lassen, weil diese in der Regel nicht kostendeckend sind.

Ist die Rückgabe der Zulassung für immer und ewig oder kann man sie ggf. auch sofort wieder neu beantragen?

Die Kassenzulassung kann unmittelbar nach Rückgabe wieder beantragt werden. Eine ausdrückliche Sperrfrist ist weder gesetzlich festgelegt, noch ergibt sich eine solche aus den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SBG V. Insbesondere gibt es keine dem Ärzterecht vergleichbare Regelung, wonach im Falle einer Kollektivrückgabe der Kassenzulassung eine Zulassungssperre von sechs Jahren besteht. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass keine dem Ärzterecht vergleichbare Zulassungsbeschränkungen bestehen. Zu beachten ist jedoch, dass das Antragsverfahren jeweils einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Natürlich müssen dann sämtliche Belege wie beglaubigte Kopien der berufsspezifischen Urkunden, Nachweis der Praxisausstattung (Pflicht- und Zusatzausstattung), ggf. beglaubigte Kopie des Handelsregisterauszugs, usw. erneut für die Erstellung des Antrags zusammengestellt und die entsprechenden Formulare ausgefüllt werden.

„Die Kassenzulassung kann unmittelbar nach Rückgabe wieder beantragt werden."

Gibt ein Praxischef seine Kassenzulassung, die er vor über 20 Jahren beantragt hat, zurück und beantragt dann eine neue, bekommt er seine „alte" zurück?

Die „alte" Zulassung verliert mit der Rückgabe ihre Gültigkeit. Es ist folglich eine neue Zulassung zu beantragen, für welche alle aktuellen Zulassungsvoraussetzungen vollständig erfüllt sein müssen. Damit kann im Ergebnis auch die Anpassung der baulichen Voraussetzungen verbunden sein.

Kann man nicht einfach seine Zulassung behalten und nur noch Privatpatienten bzw. nur zu einem geringen Anteil (z.B. 10 %) Kassenpatienten behandeln?

Ein Widerruf der Kassenzulassung allein für diesen Fall ist nicht vorgesehen. Inwiefern eine Parallele zu den Regelungen über die Praxisvertretung bei Verhinderung des kassenzugelassenen Therapeuten zur Behandlung gezogen werden kann, ist fraglich. Jedenfalls müssten zur Erhaltung der Zulassung die erforderlichen Zulassungsvoraussetzungen, wie z.B. die Fortbildungsnachweise, auch weiterhin erfüllt werden. Sollte die Praxis den Anforderungen nicht mehr genügen, so käme ein Widerruf in Betracht.

Und was ist, wenn in einer größeren Praxis ein Therapeut allein die gesetzlich Krankenversicherten behandelt, während alle anderen nur Privatpatienten therapieren?

Sofern der Praxisinhaber oder der behandelnde Therapeut als fachliche Leitung die Kassenzulassung besitzen, kann ein Therapeut allein mit der Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten betraut werden. Da es keine festgelegte Kassenpatientenquote gibt, können die übrigen Therapeuten ausschließlich Privatpatienten behandeln.

Vielen Dank für das Gespräch.

Neuer vdek-Rahmenvertrag Physiotherapie zum Thema „Neuer Arzt = Neuer Regelfall“

Prüfpflicht verstößt gegen Datenschutz

Eine neue Prüfbestimmung im Rahmenvertrag zwischen dem vdek und den Physiotherapeuten sorgt seit dem 1. April 2013 für datenschutzrechtliche Probleme: Laut Vertrag sollen Therapeuten Ärzte bei einer Erstverordnung informieren, wenn der Patient kurz zuvor von einem anderen Arzt eine entsprechende Verordnung bekommen hat. Damit werden Physiotherapeuten gezwungen, gegen den Datenschutz zu verstoßen. Wir erläutern, wie Sie sich dagegen schützen können.

Patientenerklärung zur Unterrichtung des verordnenden Arztes

Ich, _____ (Vorname, Name, Adresse, Geburtsdatum) _____,

erkläre mich einverstanden, dass

1. die Praxis, _____ (Name, Adresse oder Stempel) _____,

den verordnenden Arzt, _____ (Name, Adresse) _____,

darauf hinweist, dass ich bereits aufgrund einer Erstverordnung wegen der derselben Erkrankung bei der o.g. Praxis in Behandlung war .

2. die Daten der Erstverordnung an den o.g. Arzt weitergegeben werden .

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift des Patienten)

Verschweigt ein Patient – aus welchen Gründen auch immer – die Vorverordnungen seines ersten Arztes beim zweiten Arzt (oder er wird nicht danach gefragt) und kommt er mit diesen beiden Verordnungen in ein und dieselbe Physiotherapiepraxis, steht der Therapeut vor dem alten Problemfall „Neuer Arzt = Neuer Regelfall“. Denn in dem neuen Rahmenvertrag vom 1.4.2013 zwischen vdek und Physiotherapeuten ist unter Punkt 5 der Anlage 5 (Checkliste) festgelegt: „Ist dieser Patient bereits aufgrund der Verordnung des erstausstellenden Arztes bei demselben Heilmittelerbringer in Behandlung, hat der Heilmittelerbringer vor Aufnahme der Behandlung den die Verordnung ausstellenden zweiten Arzt darauf hinzuweisen und nach erfolgter Abstimmung mit diesem Arzt die Behandlung abzulehnen.“ Der Therapeut soll also den Patienten beim Arzt „anzeigen“ und dann die Behandlung ablehnen.

Es stellt sich nun die Frage, ob der Heilmittelerbringer durch die Unterrichtung des Arztes gegen Datenschutzbestimmungen verstößt, wenn der Patient dies vorher nicht ausdrücklich erlaubt hat. Das ULD (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz) hat dazu eine klare Meinung. Therapeuten seien zum einen an die allgemeinen Datenschutzbestimmungen gebunden und unterlägen zusätzlich den speziellen Anforderungen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Die Unterrichtung des zweiten Arztes stelle eine Übermittlung und Offenbarung von Patientendaten dar, welche nur mit einer ausreichenden Befugnis vorgenommen werden dürfe. Punkt 5 der Checkliste stellt aber keine ausreichende Befugnis dar. Der Therapeut würde also bei fehlender Einwilligung des Patienten durch die Information des Arztes gegen Datenschutzbestimmungen und seine Schweigepflicht verstoßen.

Damit kommt das ULD zu der gleichen Einschätzung wie bereits im Juni 2012 schon die AOK Niedersachsen (wir berichteten). Die Kasse musste damals nach einer entsprechenden Rechnungskürzung nachgeben und zahlen. In diesem Zusammenhang erläuterte die Kasse die rechtlichen Rahmenbedingungen: „Aus Datenschutzgründen haben Sie als Leistungserbringer keine Möglichkeit, sich die Verordnungen dahingehend korrigieren zu lassen.“ Eine Erkenntnis, die offenbar bei den Verhandlungspartnern des neuen vdek-Rahmenvertrags noch nicht gereift ist. Der vdek jedenfalls sieht auf Anfrage keine datenschutzrechtliche Problematik: „Aus unserer Sicht kann die Rückkopplung zwischen dem zweitverordnenden Arzt und dem Heilmittelerbringer grundsätzlich kein Problem sein, wenn es sich nur um die Verordnung dieses Arztes handelt. Gerade wenn es Unklarheiten über z. B. den Verordungsumfang gibt, muss eine Rückversicherung des Heilmittelerbringers beim Arzt möglich sein, insbesondere da beiden Leistungserbringern die Patientendaten aus demselben Grund bekannt sind.“

Das ULD jedoch hat mitgeteilt, man würde der Problematik „bundesweite Bedeutung“ zumessen und deswegen die Angelegenheit den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Information bzw. den Landesbeauftragten für Datenschutz zur Stellungnahme vorgelegen. Wir halten Sie an dieser Stelle auf dem Laufenden.

Lösungsmöglichkeit für die vdek-Verordnungen

Für den Fall, dass ein Patient durch einen Arztwechsel das therapiefreie Intervall von zwölf Wochen unterschreitet, sollten Sie Ihren Patienten auf das Problem aufmerksam machen. Ist der Patient einverstanden, dass Sie den zweiten Arzt informieren, lassen Sie sich dies schriftlich bestätigen. Dann haben Sie rechtlich vollkommen korrekt gehandelt. In der Regel werden die Patienten jedoch die Unterschrift unter eine solche Einwilligungserklärung aus naheliegenden Gründen verweigern. In diesem Fall ergänzen Sie die Verordnung einfach mit dem Text: „Patienten hat die Einwilligung zur Arztinformation verweigert.“ Damit haben die Ersatzkassen keine Grundlage mehr für eine Rechnungskürzung und Sie können ganz regulär behandeln. *(bu)*

> SERVICE

up-premium plus-Kunden können eine Vorlage für die Einwilligungserklärung des Patienten als Worddatei kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 abrufen.

G-BA konkretisiert Verfahren bei langfristigem Heilmittelbedarf

Kein Regelfall bei vereinbarten Diagnosen

Das Risiko für Ärzte wegen formaler Fehler bei der Heilmittel-Verordnung in Regress genommen zu werden, ist geringer geworden. Bei Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf kann der verordnende Arzt sofort mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen. Das hat der G-BA nun beschlossen. Für Therapeuten ändert sich hinsichtlich der formalen Prüfung der Heilmittelverordnung auf Gültigkeit allerdings nichts.

Grundsätzlich schreibt die Heilmittel-Richtlinie vor, dass erst der Regelfall verordnet werden muss, bevor eine Verordnung außerhalb des Regelfalls vom Arzt ausgestellt werden kann. Hält ein Arzt sich nicht an diese Vorgaben, wird er dafür wegen Formfehler in Regress genommen.

Im November 2012 haben KBV und GKV-Spitzenverband eine „Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V“ (Anlage 2) vereinbart. Diese ermöglicht es Ärzten, bei entsprechendem Heilmittelbedarf extrabudgetär zu verordnen. Allerdings hatten die Verfasser der Liste versäumt, sich auf eine konkrete, rechtsverbindliche Umsetzung zu einigen. Einige KVen informierten ihre Ärzte, dass zukünftig bei Verordnungen mit einer Diagnose aus der Anlage 2 auf das Ausstellen der Erst- und Folgeverordnungen verzichtet und gleich mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls begonnen werden könne (wir berichteten am 22.3.2013).

Der G-BA hat nun die Grundlage für ein solches Vorgehen geliefert. Dazu heißt es in einem Schreiben vom 4. April 2013 über das Verfahren bei Verordnungen mit Diagnosen aus der Anlage 2:

„Patienten mit einer in Anlage 2 gelisteten ICD-10-codierten Diagnose in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe/dem entsprechenden Indikationsschlüssel müssen das Verfahren Erst-/Folgeverordnungen/Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht durchlaufen. Dies ist dadurch begründet, dass Patienten mit Diagnosen nach Anlage 2 in der Regel bereits Heilmittel erhalten haben (z. B. vorangegangene stationäre bzw. ambulante Leistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation).“

Ärzte können also in diesen konkreten Fällen auf die Verordnung des Regelfalls verzichten. Allerdings sind Verordnungen, auf denen sowohl „Erstverordnung“ als auch „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ angekreuzt ist, nach wie vor aus formalen Gründen problematisch. Dies kann man vermeiden, indem man den Arzt um eine Änderung (per Fax) bittet. Besteht der Arzt auf beiden Kreuzen, schreibt oder stempelt man auf die Vorderseite der Verordnung: „Nach Rücksprache mit dem Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt“. Damit ist man seiner „Prüfpflicht“ hinreichend gerecht geworden und wird sein Honorar für diese Verordnung problemlos bekommen.

Für alle anderen Verordnungen außerhalb des Regelfalls gilt natürlich auch weiterhin die o. g. Vorgabe, nach der grundsätzlich zuerst der Regelfall durchlaufen werden muss, bevor es zu einer Verordnung außerhalb des Regelfalls kommt. *(bu)*

> SERVICE

Das Schreiben des G-BA können ***up-premium plus***-Kunden kostenlos als PDF-Datei bei der Hotline unter 0800-9477360 abrufen.

DAK legt Zahlen zum Abrechnungsbetrug vor

Vertragstreue der Heilmittelerbringer deutlich gestiegen

Gefälschte Rezepte, Scheinbehandlungen und manipulierte Rechnungen: Der Abrechnungsbetrug im Gesundheitssystem bleibe weiter auf hohem Niveau. Das gab die DAK-Gesundheit jetzt bekannt. Allerdings nicht bei den Heilmittelerbringern. Denn die Fallzahlen gingen bei ihnen im Gegensatz zur Pflege deutlich zurück. Mit 1.025 neuen Hinweisen im vergangenen Jahr gehen die Ermittler derzeit insgesamt 1.800 Verdachtsfällen nach.

Bei den neuen Fallzahlen bilden die Heilmittel, wie zum Beispiel Physiotherapie, Krankengymnastik oder Massagen mit 35 Prozent der Ermittlungen zwar den Schwerpunkt. Doch gingen die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr deutlich zurück (2011 waren es noch 47 Prozent). Es folgen die Bereiche Pflege mit 22 Prozent (2011: 13 Prozent), Ärzte mit zwölf Prozent (wie 2011), Arzneimittel mit sieben Prozent und Hilfsmittel mit 4,5 Prozent.

Nach Einschätzung der DAK-Gesundheit werde die Verfolgung von Abrechnungsbetrügern für die Krankenkassen zunehmend schwieriger. Die Bearbeitung dauere oft länger, da manche Forderungen erst nach juristischen Auseinandersetzungen durchgesetzt werden könnten. Der finanzielle Schaden für die Kassen werde daher häufig mit erheblichem Zeitverzug ausgeglichen. Doch „die meisten Leistungserbringer rechnen korrekt ab“, erklärte der Leiter der zehnköpfigen Ermittlungsgruppe Volker zu Heide.

Die Krankenkassen konnten 2012 Gelder in Höhe von 1,6 Millionen Euro (2011: 1,7 Millionen Euro) zurückholen. An erster Stelle der erfolgreichen Rückforderungen nennt die DAK die Hilfsmittel (375.000 Euro), gefolgt von Arzneimitteln (320.000 Euro) und Heilmitteln (300.000 Euro). Aus der Pflege kamen 230.000 Euro zurück, von den Ärzten 130.000 Euro. Diese Ergebnisse beruhten einerseits auf Fällen, bei denen es sich um vorsätzlichen Abrechnungsbetrug mit kriminellem Hintergrund handelt, heißt es weiter. Dazu kämen Fälle, bei denen beispielsweise aufgrund von vertragswidrigem Verhalten Vertragsstrafen verhängt wurden. Geldrückflüsse aus der routinemäßigen Abrechnungsprüfung sind nicht enthalten. *(ks)*

Schlichter vertritt offenbar Interessen der PKV

Sind Sie wirklich neutral, Herr Ombudsmann?

Immer wieder kommt zu Ärger mit den privaten Krankenversicherungen, wenn es um die volle Erstattung von Heilmittelbehandlungen geht. Viele Versicherer gehen dazu über, nur noch den beihilfefähigen Höchstsatz zu erstatten und lehnen die darüber hinausgehende Kostenübernahme ab. So erging es auch einem Privatpatienten, der seit Jahren Physiotherapie erhält. Sein Therapeut schlug ihm vor, sich mit diesem Problem an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu wenden. Ein gut gemeinter Rat, doch das Ergebnis ist mehr als fragwürdig.

Kommt es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelten Patienten und dem Versicherungsträger, so kann der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung angerufen werden. Der Ombudsmann ist die vom Bundesministerium der Justiz anerkannte Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten. Er soll unabhängig und ohne Weisung auf die Schlichtung der Streitigkeit hinwirken und in jedem Stadium des Verfahrens zwischen den Beteiligten vermitteln und auf eine Versöhnung hinwirken. Vor diesem Hintergrund verwundert die Stellungnahme des Ombudsmannes in dem vorgelegten Falle eines Privatpatienten, der die Erstattung von Kosten für physiotherapeutische Behandlungen bei seiner privaten Krankenversicherung beantragt hatte. Dieser stellt sich in seinem Schreiben nicht nur ganz klar auf Seiten der Kassen, sondern diffamiert auch noch die Leistungen von Heilmittelerbringern. Doch lesen Sie selbst. Im Folgenden dokumentieren wir den Brief des Ombudsmannes. Rechtsanwalt Stefan Genge beurteilt die wichtigsten Aspekte in dem Schreiben aus rechtlicher Sicht.

1 Dieser Hinweis ist im vorliegenden Fall überflüssig, da zwischen dem Patienten und der Praxis ein Behandlungsvertrag mit einer entsprechenden Vergütungsvereinbarung vorgelegen hat.

2 Dieser Schluss ist irrig. Die übliche Vergütung gilt nur dann als geschuldet, wenn nichts anderes zwischen den Parteien vereinbart wurde (vgl. hierzu AG Köpenick, Urt. v. 10.5.2012, Az.: 13 C 107/11). Zweck der Regelung ist, dem Dienstleister im Falle einer nicht ausdrücklichen Vergütungsvereinbarung zumindest das übliche Entgelt zu sichern. Der Leistungsempfänger soll sich nicht auf eine unentgeltliche Leistung verlassen dürfen, gerade dann, wenn nicht explizit darüber gesprochen wurde. Jedenfalls bezweckt § 612 Abs. 2 BGB nicht den Schutz der Versicherer oder stellt gar eine durchsetzbare Erstattungsgrenze dar.

3 Bei dieser Argumentation bleibt völlig unberücksichtigt, dass für die Preise bei GKV-Patienten diverse Besonderheiten gelten. Das Verhältnis von GKV zu Heilmittelerbringern basiert auf konkreten Leistungsbeschreibungen, die für die PKV nicht existieren. Die GKV-Versorgung ist eine Minimalversorgung – im Gegensatz dazu wirbt die PKV mit ihrer breiten Leistungspalette. Zudem hat die GKV einen Vertrag mit Mengenrabatt: Die Kassenpatienten werden zu hunderten oder tausenden in Heilmittelpraxen behandelt. Dagegen nimmt ein Privatpatient vielleicht 50 Behandlungen im Jahr ab. Ein weiterer Unterschied zwischen GKV- und PKV-Patienten sind die Zahlungsmodalitäten. Bei der GKV ist die Zahlung durch die Verordnung sichergestellt. Bei Privatpatienten muss der Heilmittelerbringer bei jedem einzelnen Patienten einen Vertrag machen und sein Geld im Zweifel sogar selbst eintreiben. Das LG Frankfurt (Urt. v. 20.3.2002, Az.: 2/1 S 124/01) hat entschieden, dass bei der Ermittlung der angemessenen ortsüblichen Preise für physiotherapeutische Leistungen allein auf die Gruppe der privat Versicherten abzustellen sei. Der Bereich der Abrechnungspraxis in der gesetzlichen Krankenversicherung habe außer Betracht zu bleiben.

4 Nach dem LG Köln (Urt. V. 14.10.2009, Az.: 23 O 424/08) kommt selbst die – vom Ombudsmann bereits für großzügig erachtete – Kürzung der Erstattungsleistung einer privaten Krankenversicherung auf den beihilfefähigen Höchstsatz nicht in Betracht: „Denn die beihilfefähigen Höchstsätze stellen keinen Anhaltspunkt für die übliche Vergütung physiotherapeutischer Behandlungen dar.“ Auf Anfrage des Gerichts hat das Bundesministerium des Innern diesbezüglich zusammenfassend angegeben, „dass die Bemessung der beihilfefähigen Höchstsätze sich in keiner Weise an den durchschnittlich für physiotherapeutische Leistungen in Rechnung gestellten Vergütung orientiert, die im übrigen auch erst nach Durchführung von – zudem zeitnah aktualisierten – repräsentativen Erhebung festgestellt werden könnten. Vielmehr bilden die Tarife der gesetzlichen Krankenkassen den Ausgangspunkt der Bemessung der beihilfefähigen Höchstsätze. Die Tarife der gesetzlichen Krankenkassen beruhen jedoch auf Gesichtspunkten, die mit den Maßstäben der Privatversicherung nicht einschränkungslos vereinbar sind und damit keinen Anhaltspunkt für die Bestimmung der üblichen Vergütungen sein können.“ Das Gericht stellt weiterhin fest, dass die Auskunft des Bundesministeriums des Innern zeige, dass auch die übrigen Bemessungsgrundlagen für beihilfefähige Höchstsätze in keiner Weise die übliche Vergütung berücksichtigen oder zugrunde legen.

5 Die beihilfefähigen Höchstbeträge sind von Kostenerwägungen beeinflusst und nicht zur Bestimmung einer ortsüblichen Vergütung geeignet (vgl. LG Köln, Urt. v. 17.6.2009, Az.: 23 O 380/08). Die beihilfefähigen Höchstsätze könnten allenfalls dann als Grundlage dienen, wenn der Versicherer substantiiert darlegt, dass eine repräsentative Anzahl von ortsansässigen Physiopraxen nur die beihilfefähigen Höchstsätze in Rechnung stellen. Ansonsten spricht für die Angemessenheit und Ortsüblichkeit der von den »

Sehr geehrter Herr [redacted]

Sie hatten mir Meinungsverschiedenheiten mit Ihrer privaten Krankenversicherung vorgetragen, Hierzu liegt mir auch eine Stellungnahme Ihres Versicherers vor. Nachdem ich den Fall geprüft habe, möchte ich Ihnen gern abschließend berichten:

Gegenstand Ihrer Beschwerde ist die Erstattung von physiotherapeutischen Behandlungen. Seit 2011 erhalten Sie regelmäßig physiotherapeutische Behandlungen. [redacted] Die Praxis berechnet für Manuelle Therapie 28,– EUR, für Krankengymnastik 25,– EUR, für Warmpackung/Naturfango 14,– EUR/23,60 EUR und für Krankengymnastik am Gerät 40,– EUR je Einheit. Ihr Versicherer legte bei seiner Entscheidung die beihilfefähigen Höchstsätze zugrunde. Die Differenzkosten verblieben Ihnen als Eigenanteil.

Voranzustellen ist zunächst, dass für die Leistungen von Physiotherapeuten kein Gebührenverzeichnis existiert, anders als dies etwa für die Privatliquidation von Ärzten oder Zahnärzten der Fall ist. Zwischen dem Patienten und dem Therapeuten kommt rechtlich gesehen ein Dienstvertrag nach § 611 BGB zustande. Ist bei einem Dienstvertrag die Vergütung nicht bestimmt, gilt nach § 612 Absatz 2 BGB in Ermangelung einer taxmäßigen Vergütung „die übliche Vergütung" als vereinbart.

Auch wenn Ihr Versicherungsvertrag hinsichtlich des Erstattungsumfangs für Physiotherapieleistungen keine ausdrückliche Begrenzung, wie etwa in Fällen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung auf die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte vorsieht, und auch keine anderweitige tarifliche Beschränkung vorliegt, kann eine Kürzung vorgenommen werden. Der Versicherer ist nur verpflichtet, berechtigte Forderungen Dritter gegen den Versicherungsnehmer zu erstatten. Welche Forderungen Ihres Physiotherapeuten berechtigt sind, bestimmt in diesen Fällen das BGB, indem es auf „die übliche Vergütung" im Dienstvertrag abstellt. Die übliche Vergütung im Sinne des § 612 BGB kann sich an der Vergütung, die für Patienten der Gesetzlichen Krankenkassen geleistet wird, orientieren. Diese Gruppe entspricht 90 % der Patienten und was für 90 % der Patienten gilt, muss als üblich angesehen werden.

Denn bei der Begrenzung der Üblichkeit ausschließlich auf den bestimmten Personenkreis der privat versicherten Patienten handelt es sich um einen unzulässigen „In-sich"-Vergleich. Dieser Vergleich wäre nicht mehr üblich im Sinne des § 612 BGB. Daher ist die Gesamtheit aller versicherten Personen inklusive der gesetzlich Versicherten zu berücksichtigen. Letztlich erscheint es mir auch nicht sachgerecht, dass eine unterschiedliche Vergütung allein aufgrund des jeweiligen Versicherungsstatus (privat oder gesetzlich) verlangt werden kann, obwohl die identische Dienstleistung erbracht wird.

Werden also die Kosten im Rahmen der beihilfefähigen Höchstsätze von Ihrem Versicherer übernommen, ist die Erstattungsleistung meines Erachtens bereits großzügig.

Denn auch diese Höchstsätze beruhen im weiteren Sinn auf Erfahrungswerten und liegen sogar über den Erstattungssätzen der Gesetzlichen Krankenversicherung, wodurch auch der Status als privat Versicherter und Selbstzahler berücksichtigt wird.

Insgesamt ist die Rechtslage bisher uneinheitlich und umstritten; eine höchstrichterliche Klärung dieser Streitfrage blieb bisher auch. Die Erstattungspraxis Ihres Versicherers wurde zuletzt vom Landgericht München I (Urteil vom 4.1.2012, AZ: 23 0 23410/10) und vom Landgericht Oldenburg (Urteil vom 27.6.2008, AZ: 13 S 796/07) bestätigt. Zwar ist mir bekannt, dass es auch Gerichtsentscheidungen gibt, die dies anders sehen. Solange und soweit jedoch die Erstattungspraxis Ihres Versicherers in Teilen der Rechtsprechung bestätigt wird, kann ich seine Haltung jedenfalls nicht als rechtsmissbräuchlich oder nicht mehr vertretbar ansehen.

Ich kann die Bearbeitung der Leistungsangelegenheit durch Ihren Versicherer nicht beanstanden. Im Rahmen einer freiwilligen Leistung hat Ihr Versicherer die überhöht abgerechneten Kosten des letzten Leistungsantrages vom 22.10.2012 übernommen. Außerdem war Ihnen Ihr Versicherer bereits bei der Suche nach Physiotherapeuten in Ihrer Umgebung behilflich und hat Ihnen nach seiner Auskunft Physiotherapiepraxen mitgeteilt, die nach den beihilfefähigen Höchstsätzen abrechnen und deren Kosten somit vollumfänglich erstattungsfähig sind.

Ich bedauere, dass ich keine günstigeren Nachrichten für Sie habe; hoffe jedoch, dass ich Ihnen nachvollziehbar darlegen konnte, weshalb mir eine andere Entscheidung leider nicht möglich ist.

Das Ombudsmannverfahren ist mit diesem Schreiben beendet. Sollten zukünftig Meinungsverschiedenheiten mit Ihrer privaten Krankenversicherung auftreten/können Sie sich gerne wieder an mich wenden.

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG erhält eine Kopie dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung

(Dr. Helmut Müller)

Fortsetzung Seite 14 · ***Sind Sie wirklich neutral, Herr Ombudsmann?***

» Behandlern in Rechnung gestellten Beträge für physiotherapeutische Leistungen bereits eine tatsächliche Vermutung, weil sie Behandlungskosten in dieser Höhe geltend machen. In dieser Situation ist der Versicherer für die Behauptung, die abgerechneten Beträge seien überhöht, darlegungs- und beweispflichtig (vgl. LG Frankfurt, Urt. v. 20.3.2002, Az.: 2/1 S 124/01). Nebenbei erwähnt sei, dass teilweise sogar der 2,3-fache vdek-Satz als (orts-) übliche Vergütung anerkannt (vgl. AG Hamburg, Urt. v. 10.10.2007, Az.: 20 A C 28/07) wird.

TIPP

Das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens durch den Ombudsmann zeigt, dass sich Patienten mit gleicher Problematik gar nicht erst an diesen zu wenden brauchen. Therapeuten können ihren Patienten eine gerichtliche Klärung empfehlen. Hier scheinen die Aussichten erfolgversprechender zu sein.

6 Sicherlich ist es immer möglich, eine rechtserhebliche Entscheidung auch auf vereinzelt gebliebene gerichtliche Entscheidungen zu stützen. Kritisch sollte die Stellungnahme des Ombudsmanns aber gerade deshalb gesehen werden, weil er ausschließlich die Argumente der Krankassen aufgreift und unterstützt, ohne sich mit der anderslautenden Rechtsprechung auseinanderzusetzen. Einzig der Hinweis auf entgegenstehende Gerichtentscheidungen dürfte als Grundlage für eine unabhängige Entscheidung des Ombudsmannes mit dem Ziel der einvernehmlichen Konfliktlösung nicht genügen.

7 Der Ombudsmann wertet den Versuch des Versicherers, den versicherten Patienten an „billigere" Praxen zu verweisen, welche auf Grundlage der beihilfefähigen Höchstsätze abrechnen, als besonderes Entgegenkommen. Im Ergebnis soll der Versicherte hierdurch jedoch verpflichtet werden, die kostengünstigsten Praxen aufzusuchen. Gerade dies kann jedoch vom Versicherten nicht verlangt werden (vgl. BGH, Urt. v. 12.3.2003, Az.: IV ZR 278/01). Die Konsequenz eines solchen Vorgehens dürfte klar sein: Je mehr Praxen auf Basis der beihilfefähigen Höchstsätze auch die Behandlungen von Privatpatienten abrechnen, umso eher könnten diese Höchstsätze tatsächlich als (orts-) übliche Vergütung anzuerkennen sein. Aus diesem Grund sollten die Behandlungspreise durch die Praxisinhaber nicht auf dieses Niveau herabgesetzt werden. Mit der vorgenannten Verweisungspraxis greifen die privaten Krankenversicherungen zudem in den freien Wettbewerb der Therapeuten ein. *(ge/ko)*

Kniearthrose und Meniskusschaden

Besser Physiotherapie als Operation

Patienten mit Kniearthrose und Meniskusschaden sollten lieber erst zum Physiotherapeuten gehen, bevor sie sich unters Messer legen. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie aus den USA, die kürzlich im „New England Journal of Medicine" veröffentlicht wurde.

An der Studie beteiligten sich 351 Patienten über 45 Jahre mit Knieschmerzen, die einen Meniskusriss oder Hinweise auf eine leichte bis mittelschwere Kniearthrose hatten. Die Hälfte der Teilnehmer nahm nach einer partiellen Meniskektomie an einer physiotherapeutischen Therapie teil. Die andere Hälfte erhielt ausschließlich Krankengymnastik. Die Patienten dieser Gruppe hatten aber die Option, im Laufe der Studie bei nicht ausreichendem Therapieerfolg in die Operationsgruppe zu wechseln.

Nach sechs Monaten sollte die Gelenkfunktion der Patienten mit Hilfe des Selbsteinschätzungsfragebogens „Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)" gemessen werden. Danach verbesserte sich der Status in der Operationsgruppe um 20,9 Punkte. In der Physiotherapie-Gruppe um 18,5 Punkte. Auch die Schmerzen gingen in beiden Gruppen deutlich zurück: Lag der Schmerz-Score der „Knee Injura and Osteoarthritis Outcome-Skala (KOOS)" anfangs bei 46 bzw. 47 Punkten, so reduzierte er sich um 24,2 bzw. 21,3 Punkte. Auch nach zwölf Monaten waren die Ergebnisse vergleichbar.

Allerdings entschieden sich etwa 30 Prozent der physiotherapeutisch behandelten Studienteilnehmer innerhalb der ersten sechs Monate für eine Operation. Weitere 4,7 Prozent ließen sich noch im zweiten Halbjahr operieren. Trotz der Abbrecherquote lautet das Fazit der Studienautoren um Dr. Jeffrey N. Katz vom Brigham and Women´s Hospital in Boston: „Die Befunde bestätigen die Sicherheit einer anfänglichen konservativen Strategie bei Patienten mit Meniskusriss und Arthrosezeichen, die über Knieschmerzen klagen." Auch mit Krankengymnastik und der Option auf eine Operation werde ebenso wie mit einer OP eine „beträchtliche Verbesserung der Funktion und der Schmerzen über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten erzielt". *(ks)*

Private Haushalte investieren

40 Milliarden Euro für die Gesundheit

294 Milliarden Euro betrugen die Gesundheitsausgaben 2011 in Deutschland. Das meldet das Statistische Bundesamt anlässlich des Weltgesundheitstages. Die Zahlen belegen deutlich die Bereitschaft der Deutschen, auch privat direkt für Gesundheitsleistungen zu bezahlen.

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war die gesetzliche Krankenversicherung. Ihre Ausgaben erreichten im Jahr 2011 den Wert von 168,5 Milliarden Euro. Damit lagen diese um 2,6 Milliarden Euro (1,6 Prozent) über denen des Vorjahres. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Ausgabenanteil sank 2011 leicht auf 57 Prozent. Mit einem Ausgabenanteil von 14 Prozent zahlten die privaten Haushalte (40,1 Milliarden Euro) rund 1,1 Milliarden Euro (2,9 Prozent) mehr als im Vorjahr. 27,7 Milliarden Euro (neun Prozent) der Gesundheitsausgaben entfielen auf die private Krankenversicherung. Ihre Ausgaben stiegen mit + 0,9 Milliarden Euro (+ 3,5 Prozent) am deutlichsten.

Fast die Hälfte der Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen wurden in ambulanten Einrichtungen erbracht (144,1 Milliarden Euro, beziehungsweise 49 Prozent). Die Ausgaben in diesen Einrichtungen sind mit + 1,4 Prozent jedoch nur unterdurchschnittlich gestiegen. Zurückzuführen ist dies auf einen starken Rückgang der Ausgaben in Apotheken, die hier um 1,1 Milliarden Euro (2,7 Prozent) auf 39,8 Milliarden Euro sanken. Starke prozentuale Anstiege im Vergleich zum Jahr 2010 gab es bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe, wie zum Beispiel physio-, sprach- oder ergotherapeutischen Praxen mit + 5,1 Prozent (+ 0,5 Milliarden Euro auf 9,6 Milliarden).

Insgesamt haben die privaten Haushalte rund zwei Milliarden Euro direkt in therapeutischen Praxen ausgegeben. Davon entfallen zwar rund 450 Million Euro auf die gesetzliche Zuzahlung. Der verbleibende Betrag von fast 1,5 Milliarden Euro zeigt, dass Patienten in Deutschland mehr als bereit sind, direkt für Therapieleistungen zu zahlen. Für den Ausbau von Therapieangeboten besteht also nach wie vor ein Markt. *(bu)*

Höchststand...

für Zahl der freien Heilberufe 2011

Nach dem Bericht der Bundesregierung zur Lage der Freien Berufe hat die Zahl der Selbständigen Anfang 2012 mit knapp 1,2 Millionen einen neuen Höchststand (2010: 1,139 Millionen) erreicht. Die Zahl der freien Heilberufe stieg auf knapp 364.000, darunter 136.000 andere Heilberufe, zu denen auch Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden zählen.

Unfallversicherung muss Parkgebühren erstatten

Wird nach einem Arbeitsunfall eine physiotherapeutische Behandlung verschrieben, muss der Unfallversicherungsträger alle Kosten übernehmen – auch für das Abstellen des Autos in einer gebührenpflichtigen Kurzparkzone. Das hat das Sozialgericht Hildesheim kürzlich entschieden.

Im vorliegenden Fall hatte der Kläger nach einem Arbeitsunfall insgesamt 196 Heilbehandlungstermine wahrgenommen. Die gesetzliche Unfallversicherung erstattete neben den Behandlungs- auch die Fahrtkosten für den acht Kilometer langen Weg zur Praxis. Die Zahlung der zusätzlichen Parkgebühren von etwa 135 Euro lehnte sie jedoch ab.

Zu Unrecht, wie das Sozialgericht jetzt entschied. Nach § 43 des Siebten Sozialgesetzbuches müssen Reisekosten, „die im Zusammenhang mit der Ausführung der medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich“ sind, übernommen werden. Dazu gehören „Fahr- und Transportkosten, Verpflegungs- und Übernachtungskosten, Kosten des Gepäcktransports sowie Wegstrecken- und Mitnahmeentschädigung für die Versicherten und für eine wegen des Gesundheitsschadens erforderliche Person“. Wie der Versicherte zu den ambulanten Behandlungen kommt, sei gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Bei den Aufwendungen, die für das Abstellen des Autos in einer Kurzparkzone entstehen, „handelt es sich um übliche, bereits in den meisten Innenstädten von Mittelzentren nicht zu vermeidende Nebenkosten einer Autofahrt“, heißt es in dem Urteil des Sozialgerichts Hildesheim. Erstatte die Unfallversicherung diese Gebühren nicht, so weiche sie in ihrer Verwaltungspraxis von allen übrigen Unfallversicherungsträgern ab, deren Verbände „gerade Parkgebühren als Beispiel für notwendige Auslagen des Versicherten benannt haben“ (Az.: S 11 U 129/11). *(ks)*

Trendsport Aqua-Fitness als Selbstzahlerleistung

Ab ins Wasser!

Lange wurde Wassergymnastik als lahmer Sport für ältere Damen belächelt. Doch die Zeiten haben sich geändert. Immer mehr junge Fitness-Fans zieht es ins Schwimmbecken: Aqua-Jogging, Aqua Step oder Aqua Power heißen heute die Kurse der neuen Trendwelle, auf der auch die Physiotherapie Praxis Christian Hartmann in Osterode im Harz schwimmt: Sie bietet seit Oktober 2010 Aquafit-Kurse an – mit großem Erfolg.

„Begonnen haben wir 1998 mit dem Bewegungsbad in der Gruppe und als Einzeltherapie", erinnert sich der angestellte Physiotherapeut der Praxis, Kai Lüer, an die Anfänge des heutigen Trendsports. Dank einer Kooperation mit dem heimischen Hallen- und Freibad konnte die Praxis damals ihr Angebot umsetzen – hauptsächlich auf Rezept. Mit den Jahren stieg die Nachfrage. Weitere Hallenzeiten wurden benötigt. Gleichzeitig stiegen auch die Anforderungen an die Qualifikation für Aqua-Fitness Trainer, da die Krankenkassen eine höhere Qualität verlangten. Im Oktober 2010 einigten sich Badbetreiber und Praxis: Die Physiotherapeuten übernahmen alle Kurse.

Einziger Anbieter in der Region

Die Wurzeln von Aqua-Fitness liegen in den USA. Dort hatten Sporttrainer schon in den 70er Jahren erste Varianten entwickelt, das Aquajogging und die Aquagymnastik. Erst zu Beginn der 90er Jahre überquerte die Aqua-Fitnesswelle den atlantischen Ozean und breitete sich in Westeuropa aus, unter anderem auch in Deutschland, wo Aqua-Fitness-Kurse inzwischen in vielen Schwimmbädern, Thermen oder auch einigen Fitness-Studios angeboten werden. Im Laufe der Jahre fanden immer mehr Fitnesstrends den Weg ins Wasser wie Aquaboxing, Aquacycling oder auch Aqua-

So wird man Aqua-Fitness Trainer

Die Ausbildung zum Aqua-Fitness Trainer muss bei einer zertifizierten Ausbildungseinrichtung vorgenommen werden, etwa bei der Deutschen Aqua-Fitness-Akademie (DAFA) oder der Aqua-Medical-Akademie (AMA) mit Standorten in Bad Schönborn, Bad Dürrheim und Berlin. Die **Aquatrainer-Basisausbildung** richtet sich an Übungsleiter, Schwimmmeister, Physiotherapeuten, Sportlehrer, Fachangestellte im Bäder- und Kurwesen oder Wellnesstrainer, die keine Vorerfahrungen im Bereich Aqua-Fitness vorweisen müssen. Die **Workshops** behandeln spezifische Themen, die zur Vertiefung und Spezialisierung dienen. Voraussetzung für eine Workshop-Teilnahme ist die praktische Vorerfahrung bzw. die Teilnahme an dem Aqua-Schnupper-Tag.

Die Basisausbildung umfasst 40 Unterrichtseinheiten (2 x 2 Tage) und schließt mit einer schriftlichen Prüfung und einer Lehrprobe ab. Kosten: 490 €. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter *www.deutsche-aqua-fitness-akademie.de*. Nach erfolgreichem Abschluss der Basisausbildung besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an den Workshops Aqua-Med-Reha-Trainer oder Aqua-Fitness (Kosten je 150 €), die mit einer Teilnahmebestätigung abgeschlossen wird.

Zusätzlich zu den Ausbildungsmodulen bietet die DAFA maßgeschneiderte Inhouse-Schulungen an. Nähere Informationen gibt es bei den Ausbildungszentren, im Thermarium in Schönborn (www.thermarium.de), im Solemar in Bad Dürrheim (www.solemar.de) und in der AquaMedical-Akademie in Berlin (www.aquamedical.de).

dancing. Nicht ohne Grund: Der Körper wiegt nur noch zehn Prozent des Eigengewichts, Gelenke werden entlastet, Kraft und Ausdauer verbessert, kurzum: Aqua-Fitness ist ein perfektes Workout für den ganzen Körper.

In der Physiotherapie Praxis Christian Hartmann werden inzwischen jede Woche neun Kurse à 45 Minuten angeboten, von Aqua-Fit und Aqua-Power (im Tiefwasser) bis zu Aqua-Step und Aqua-Fit Soft (im Flachwasser) mit durchschnittlich zehn bis 15 Teilnehmern zwischen 20 und 85 Jahren. Die Einzelstunde kostet sechs Euro, die 10er Karte 60 Euro. Rund 18 Mitarbeiter der Praxis von Christian Hartmann, die im März 1987 gegründet wurde, haben den Aqua-Fitness-Instructor gemacht – teilweise mit finanzieller Unterstützung ihres Chefs. Diese Weiterbildung sei auch Voraussetzung dafür, dass die Kurse nach § 20 SGB V von den Krankenkassen als Prävention anerkannt und bezuschusst werden. „Außerdem mussten sie neben dem Erste-Hilfe-Kurs zusätzlich auch noch den Rettungsschwimmer-Schein machen“, ergänzt der 35-jährige Lüer, der nach seinem Abschluss als Physiotherapeut 2001 im Oktober 2002 in der Praxis in Osterode anfing.

Durch die Kooperation mit dem Schwimmbad hielten sich die Investitionskosten in Grenzen, und auch das Equipment war größtenteils vorhanden. „Hin und wieder müssen wir Hanteln oder Pool-Nudeln erneuern“, weiß Lüer zu berichten. Auch die Werbungskosten für Handzettel und Flyer, die in der Praxis ausgelegt wurden, waren gering. Die beste Werbung, so Lüer, seien nach wie vor die zufriedenen Kunden. Ein weiterer Vorteil: In der Region ist die Praxis Hartmann der einzige Anbieter solcher Aqua-Fit-Kurse. „Sie sind eine Win-Win-Situation für uns und für das Schwimmbad“, erklärt Lüer, der selbst Einzelbäder-Therapie für Kinder macht. „Die Teilnehmer dürfen nach dem Kurs noch eine Zeit im Schwimmbad bleiben und nutzen dann auch weitere Angebote des Bades und gehen teilweise noch in die Sauna.“

Zusammenarbeit mit heimischen Schwimmbad ideal

Die Zusammenarbeit mit dem heimischen Hallen- und Freibad sei ideal, so das Resümee des Therapeuten. Der Unterhalt für ein eigenes Becken sei sehr hoch, die Kosten müssten an den Kunden weitergegeben werden und würden die Kurse verteuern. Allerdings sollte man sich vorab auch über steuerliche Aspekte informieren: Alles, was nicht über Rezept läuft, also auch Wellness-Angebote, 10er Karten oder Gutscheine, muss mit 19 Prozent versteuert werden – ein „wichtiger Aspekt für die Gebührenfindung“. *(ks)*

Umsatzsteuer in Preisfindung einbinden

Die Preise von umsatzsteuerpflichtigen Leistungen können mit einer Aufschlags- oder der Abschlagskalkulation berechnet werden. Bei der Aufschlagskalkulation errechnet sich der Endpreis aus dem Betrag, den Sie für Ihre Leistung erzielen möchten – zuzüglich des Umsatzsteuersatzes. Bei der Abschlagskalkulation geht man den umgekehrten Weg. Sie legen den Preis fest, den Sie bei Ihren Kunden für durchsetzbar halten und rechnen davon die Umsatzsteuer „runter“. So erhalten Sie den Endpreis. Damit diese Rechnung einfach gelingt, können Sie Excel-Datei „Preiskalkulation_MwSt.xls“ bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 kostenlos anfordern.

Ausführliche Informationen zum Thema Umsatzsteuer finden Sie in unserem Schwerpunkthema der Ausgabe 01-2012 oder im Internet unter *www.up-aktuell.de*.

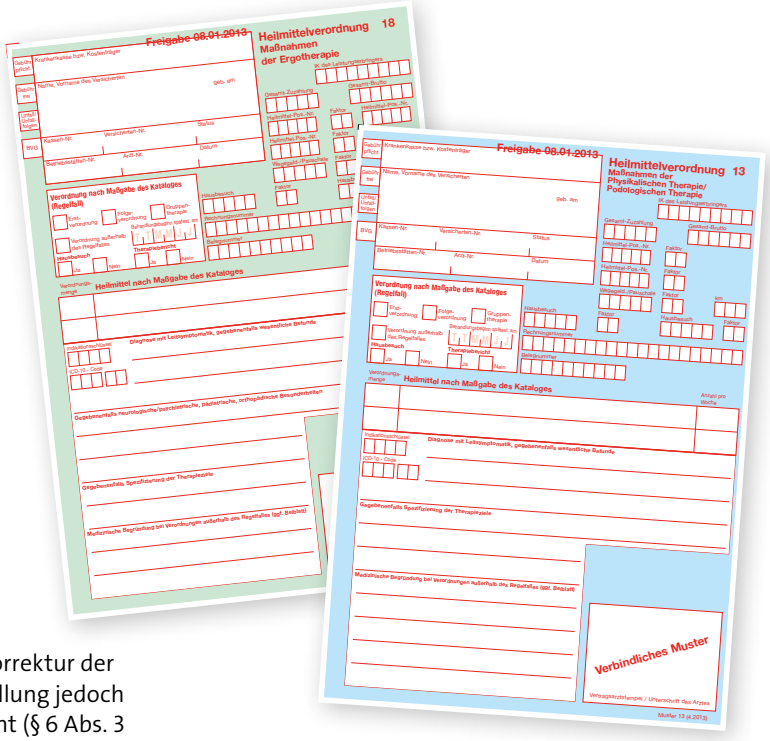
> KONTAKT

Physiotherapie Praxis Christian Hartmann, Aegidienstraße 1, 37520 Osterode am Harz, Tel.: 05522-72898, E-Mail: info@physiotherapiepraxis-hartmann.de, www. physiotherapiepraxis-hartmann.de

Abrechnungstipp

Änderungen der Heilmittel-verordnung durch den Arzt

Das Verhältnis zwischen Arzt und Therapeut sollte möglichst positiv und kooperativ sein. Deswegen ist es förderlich, wenn man so viel wie möglich selbst auf der Verordnung korrigiert. Einige Dinge können jedoch nur vom Arzt selbst geändert werden – und dann auch gleich formal richtig. Wir zeigen Ihnen, was bei Änderungen durch den Arzt zu berücksichtigen ist.



§ GRUNDREGELN

- Allgemein gilt: Eine durch den Arzt durchgeführte Änderung (egal ob persönlich oder per Fax) muss mindestens durch Datum und Unterschrift bestätigt werden (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL).
- Bei den Ersatzkassen (vdek) wird eine Korrektur der Verordnung nach Aufnahme der Behandlung jedoch vor Ende der Behandlungsserie anerkannt (§ 6 Abs. 3 in Bezugnahme auf Anlage 5, Rahmenvertrag zwischen den Physiotherapieverbänden und dem vdek vom 1.4.2013).
- Der Arzt muss selbst die Korrektur unterschreiben, das heißt ein „i.V." oder „i.A." wird von den Kassen nicht akzeptiert (Frage 27 des Fragen-/Antworten-Katalog des GKV-Spitzenverbandes vom 1.1.2012).

KORREKTUR DURCH DEN ARZT

- per Fax:
  - Die meisten Rahmenverträge sehen die Korrektur des Arztes auch per Fax vor.
  - Bei Korrekturen per Fax muss das Fax lesbar sein und der Originalverordnung bei der Abrechnung – zum Beispiel mit Büroklammer – beigefügt werden.
- persönlich:
  - Bei Krankenkassen, die Korrekturen per Fax nicht akzeptieren, muss der Arzt die Korrekturen persönlich erbringen.
  - Die Änderungen müssen dann mit Datum und Unterschrift bestätigt werden (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL).
  - Die Korrektur kann handschriftlich erfolgen. Es gibt keine Vorschrift, die das verbietet.
- wenn der Arzt nicht bereit zur Korrektur ist:
  - Besteht ein Arzt darauf, die Verordnung nicht an die Formalien der HeilM-RL anzupassen, dann vermerken Sie dies auf der Verordnung, z.B. mit einem Stempel „Arzt besteht auf Durchführung der VO wie ausgestellt" und führen die Therapie durch.
  - Wichtig: Die therapierelevanten Informationen (s.u.) müssen allerdings immer auf der Verordnung vorhanden sein!

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Einige RVO-Kassen haben in den Rahmenverträgen festgelegt, dass Änderungen auf einer Heilmittelverordnung durch den behandelnden Arzt immer mit Handzeichen, Datum und Vertragsarztstempel abgezeichnet werden müssen.

BESONDERHEITEN

- Zahnärztliche Verordnungen:
  - Bei zahnärztlichen Verordnungen ist der Korrekturbedarf deutlich geringer, weil die HeilM-RL hier nicht gilt (§ 1 Abs. 3 HeilM-RL).
  - Ist dennoch eine Korrektur erforderlich, gelten für die Korrekturen dieselben Regeln, wie bei den normalen Heilmittel-Verordnungen: Datum und Unterschrift des Arztes entweder persönlich oder per Fax, wo möglich.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- 1. Das Verhältnis zwischen Arzt und Therapeut sollte möglichst positiv und kooperativ sein.
  - Förderlich für dieses Verhältnis ist es also, wenn der Arzt so wenig wie möglich selbst ändern muss.
  - Deswegen gilt es, nur das ändern zu lassen, was unbedingt notwendig ist.
  - Versuchen Sie alles, was per Fax zu ändern ist, auch auf diesem Weg zu lösen.
  - Wichtig: Keine Diskussion mit Ärzten: grundsätzlich sind Diskussionen mit dem Arzt nicht zielführend und beeinträchtigen das Arzt-Therapeuten-Verhältnis negativ.
  - Deshalb diskutieren Sie nicht mit dem Arzt, wenn er nicht gewillt ist, Verordnungen anzupassen.
  - Sind alle therapierelevanten Informationen vorhanden (Diagnose, Leitsymptomatik Art, Anzahl, Therapiezeit und Frequenz), vermerken Sie dies mit dem Stempel „Arzt besteht auf Durchführung der Therapie wie angegeben“. So sichern Sie sich ab und bekommen trotzdem Ihr Geld.
  - Enthält die Verordnung nicht alle für Sie notwendigen Informationen, ist die Behandlung des Patienten nicht möglich.
- 2. Aufwand der Verordnungskorrekturen minimieren.
  - Es ist gut zu wissen, was man selbst bzw. nach kurzer telefonischer Rücksprache mit dem Arzt ändern kann. Das spart Zeit und organisatorischen Aufwand.
  - Alles was nicht persönlich, aber per Fax korrigiert werden kann, sollte auf diesem Weg geändert werden.
  - Stempel und Musterformulare, die nur kurz angepasst werden müssen, erleichtern die Verordnungskorrekturen. *(jw)*

> SERVICE

Einen Stempel „Arzt besteht auf Durchführung der VO wie ausgestellt“ erhalten Sie im *buchner shop* unter der Artikelnummer P 301. Dieser entspricht dem Lösungsvorschlag der AOK Bayern.

up-premium plus

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

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im April und Mai

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**	**Preis (netto)**	
PT130514EB	**Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!**	14.5.13	Frankfurt	1-tägiges Seminar	199,50 €	10–17.00 Uhr
PT130517BWL	**Betriebswirtschaftslehre für Therapeuten**	17./18.5.13	Stuttgart	2-tägiges Seminar	329,50 €	9–17.00 Uhr / 9–15.00 Uhr
PT130524LM	**Mitarbeiter motivieren mit leistungsorientierter Bezahlung**	24.5.13	Hamburg	1-tägiges Seminar	199,50 €	10–17 Uhr
PT130524PO	**Rezeption – Ort der Entscheidung**	24./25.5.13	Bremen	2-tägiges Seminar	329,50 €	9–17.00 Uhr / 9–15.00 Uhr
PT130529EB	**Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!**	29.5.13	Leipzig	1-tägiges Seminar	199,50 €	10–17 Uhr

ONLINE-SEMINARE						ZEIT
Nr.	**Name**	**Termin**	**Ort**	**Basis-einheitencode**	**Preis (netto)**	
PT130506OGKV	**Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung**	6.5.13	Online	90 Minuten	25,13 €	14–15.30 Uhr
PT130507OPFL	**Praxisbroschüre**	7.5.13	Online	90 Minuten	25,13 €	19–20.30 Uhr
PT130522OAB	**Jetzt rechne ich selbst ab!**	22.5.13	Online	90 Minuten	25,13 €	19–20.30 Uhr

Kein Anspruch auf Dank und gute Wünsche

Zeugnissprache: Was müssen Praxischefs beachten?

Arbeitszeugnisse bieten immer wieder Anlass für Rechtsstreitigkeiten, insbesondere wenn die Zufriedenheit sich arbeitgeberseitig in Grenzen hielt. Praxisinhaber müssen bei der Wahl ihrer Formulierungen zwar die Außenwirkung beachten, die das berufliche Fortkommen des Arbeitnehmers betreffen, können aber nicht auf Aussagen über bestimmte persönliche Empfindungen verpflichtet werden.

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

Arbeitnehmer haben einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf ein sog. qualifiziertes Zeugnis. Es muss nach den Vorgaben der Gewerbeordnung in seinem § 109 nicht nur Angaben zu Art und Dauer der Tätigkeit enthalten, sondern darüber hinaus Formulierungen, die Rückschlüsse auf Leistung und Verhalten im Arbeitsverhältnis erlauben.

Persönliche Empfindungen kein notwendiger Zeugnisinhalt

Aussagen über persönliche Empfindungen des Arbeitgebers gehören aber nicht zum notwendigen Zeugnisinhalt. Ein Praxischef ist daher gesetzlich nicht verpflichtet, das Arbeitszeugnis mit Formulierungen abzuschließen, in denen er dem Arbeitnehmer für die geleisteten Dienste dankt, dessen Ausscheiden bedauert oder ihm für die Zukunft alles Gute wünscht. Dies hat kürzlich nicht irgendwer, sondern höchstrichterlich das seit einigen Jahren in Erfurt beheimatete Bundesarbeitsgericht (BAG) entschieden. In ihrem Urteil vom 11.12.2012 haben die Erfurter Richter dazu weiterhin ausgeführt, dass der Arbeitnehmer nur die Erteilung eines Zeugnisses ohne diese Formulierung verlangen kann, wenn er mit einer vom Arbeitgeber in das Zeugnis aufgenommenen Schlussformel nicht einverstanden ist.

BEISPIEL

Im Streitfall hatte der Leiter eines Baumarkts nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein Arbeitszeugnis mit einer überdurchschnittlichen Leistungs- und Verhaltensbeurteilung erhalten. Es endet mit den Sätzen: „Herr K scheidet zum … aus betriebsbedingten Gründen aus unserem Unternehmen aus. Wir wünschen ihm für die Zukunft alles Gute.“ Der Baumarktleiter war mit diesem Schlusssatz unzufrieden, der sein gutes Zeugnis entwerte. Im Gerichtswege glaubte er, einen Anspruch auf eine bestimmte Formulierung („Wir bedanken uns für die langjährige Zusammenarbeit und wünschen ihm für seine private und berufliche Zukunft alles Gute“) durchsetzen zu können. Zwar hatte sich in erster Instanz das Arbeitsgericht seiner Meinung angeschlossen. Wie aber zuvor schon das zunächst zuständige Landesarbeitsgericht in Baden-Württemberg hat nun das BAG derart weitgehende Wünsche an einzelne Bestandteile des Schlusssatzes zurückgewiesen.

Schlusssatz kein geeigneter Ort…

Allerdings ist das nicht als Freibrief für Praxischefs zu verstehen, in Schlussätzen quasi negative Aussagen zu verstecken. Denn Schlusssätze in Zeugnissen sind nicht „beurteilungsneutral“, sondern nach ausdrücklichem Hinweis der Erfurter Richter durchaus geeignet, die objektiven Zeugnisaussagen zu Führung und Leistung des Arbeitnehmers zu bestätigen oder zu relativieren. Wenn ein Arbeitgeber solche Schlusssätze formuliert und diese nach Auffassung des Arbeitnehmers mit dem übrigen Zeugnisinhalt nicht in Einklang stehen, ist ein Praxischef als Arbeitgeber aber nur verpflichtet, ein Zeugnis ohne Schlussformel zu erteilen.

Hinweis: Auch wenn Ihre Kollegen aus Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie vor allem in Zeugnissen mit überdurchschnittlicher Leistungs- und Verhaltensbeurteilung häufig den Arbeitnehmern danken, kann daraus kein Anspruch des Arbeitnehmers auf eine Dankesformel bestimmter Art abgeleitet werden. Denn dafür fehlt es nach Ansicht des BAG schlicht an einer gesetzlichen Grundlage.

…für versteckte Kritik

Insbesondere sehen die Arbeitsrichter keine Verpflichtung des Arbeitgebers, auf die Gesamtnote abgestimmte Schlusssätze zu formulieren. Eine solche Verpflichtung würde im Ergebnis nur bedeuten, dass der Arbeitgeber die bereits abgegebene Leistungs- und Verhaltensbeurteilung mit anderen Worten nochmals formelhaft wiederholt. Wünscht ein Praxischef seinem ausscheidenden Physiotherapeuten im Zeugnis „für die Zukunft alles Gute“, ergibt sich auch unter dem Gesichtspunkt der sog. Selbstbindung kein Anspruch des Physiotherapeuten auf eine Änderung. Der Praxischef ist zwar an den zuvor formulierten Inhalt eines erteilten Zeugnisses grundsätzlich gebunden, er kann aber nicht verpflichtet werden, im Schlusssatz bestimmte Empfindungen im Zeugnis zu formulieren, von denen der Arbeitnehmer meint, dass er sie haben müsse. Ob Sie als Praxischef Ihre Empfindungen in einem Zeugnis zum Ausdruck bringen, ist in der Sichtweise des Gerichts eine Frage des persönlichen Stils. Hier werden die sonst oft eher zurückhaltenden Richter relativ klar, denn ge-

gebenenfalls „lässt das Fehlen des Dankes eher Rückschlüsse auf den Zeugnisverfasser als auf den Beurteilten zu“.

Wohlwollen des Zeugnisverfassers darf verlangt, ...

Auch aus dem „Wohlwollensgrundsatz“ ergibt sich kein Anspruch, der Praxischefs zu Ergänzungen des Zeugnisses hinsichtlich des Schlusssatzes zwingen könnte. Nach diesem Grundsatz soll ein Zeugnis von verständigem Wohlwollen gegenüber dem Arbeitnehmer getragen sein und ihm das weitere Fortkommen nicht ungerechtfertigt erschweren.

... aber nicht überstrapaziert werden

Dieser Grundsatz ist jedoch nicht geeignet, über die in § 109 der Gewerbeordnung vom Gesetzgeber festgelegten Ansprüche bezüglich des Inhalts von Zeugnissen hinaus weitere Ansprüche von Arbeitnehmern zu begründen. Ein Zeugnis muss nur im Rahmen der Wahrheit verständig wohlwollend sein. Damit verpflichtet der „Wohlwollensgrundsatz“ den Arbeitgeber nur, bei der Erfüllung der durch § 109 GewO begründeten Pflichten Wohlwollen walten zu lassen. Soweit Bedenken des Arbeitnehmers gegen den Inhalt einer erteilten Schlussformel bestehen, kann er ein Arbeitszeugnis ohne Schlussformel verlangen.

Wichtig: Die sog. Schlussformel gehört nach dem Gesetz nicht zum erforderlichen Zeugnisinhalt; Praxisinhaber sind daher gesetzlich nicht verpflichtet, persönliche Empfindungen – wie Bedauern, Dank oder gute Wünsche – im Arbeitszeugnis zum Ausdruck zu bringen. Ein Arbeitnehmer hat aber immer Anspruch auf Erteilung eines Zeugnisses ohne einen entsprechenden Schlusssatz.

Empfehlung: Wie konkret formulieren?

Zwar bestehen nach dieser in Erfurt höchstrichterlich und damit abschließend getroffenen Entscheidung keine Ansprüche auf bestimmte Formulierungen im Schlusssatz. Klar ist aber auch, dass die eigentliche Leistungsbeurteilung nicht in die Schlussformel gehört, sondern in andere Passagen des Zeugnisses. Praxischefs sollten zudem bedenken, dass Einsilbigkeit im Schlusssatz eher zu eigenen Lasten ausgelegt werden könnte.

Passagen aus einem Musterzeugnis für eine Krankengymnastin sind untenstehend aufgeführt. Es enthält in dem Abschnitt zur Leistungsbeurteilung die Formulierung „volle Zufriedenheit“, was als „gut“ zu werten ist; wollen Sie eine Mitarbeiterin uneingeschränkt als „sehr gut“ beurteilen, sollten Sie an der Stelle von „stets zur vollsten Zufriedenheit“ sprechen. Aus der Formulierung „zu unserer Zufriedenheit“ lesen Personalexperten hingegen nur ein „ausreichend“ heraus. Für leitende Angestellte ist die Verhaltensformulierung besonders wichtig: Hier reicht die Bandbreite von „stets vorbildlich“ bis zu „im Allgemeinen einwandfrei“ als Negativ-Beurteilung.

Dr. Hans-Jürgen Hillmer

Quelle: Schleßmann, Das Arbeitszeugnis – Zeugnisrecht, Zeugnissprache, Bausteine, Muster, Auskünfte über Arbeitnehmer, 20. Aufl. 2012, 291 S., mit CD-ROM, Deutscher Fachverlag GmbH, 49 €.

Auszüge aus einem (Muster-) Zeugnis für eine Krankengymnastin

Art der Beschäftigung	Zu ihrem Aufgabengebiet gehörte die physiotherapeutische Betreuung meiner Patienten, die Führung der Patientenkartei mit Befundaufnahme und Behandlungsverlauf sowie die Terminplanung. Wir arbeiten in meiner Praxis schwerpunktmäßig im Fachbereich Orthopädie/Chirurgie, aber auch in der Neurologie und Psychomotorik. Frau K. ist von mir nach dem Analysenkonzept der funktionellen Bewegungslehre geschult worden.
Fortbildungsmaßnahmen	Als weitere Methoden nutzte Frau K. die Gelegenheit, das Bobath-Konzept für Erwachsene und die Cyriax-Methode kennenzulernen. An innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen hat Frau K. regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen. Darüber hinaus hat sie sich in externen Kursen weitere Kenntnisse erworben und erfolgreich in meiner Praxis umgesetzt.
Leistungsbeurteilung	Frau K. hat die ihr übertragenen Aufgaben stets zu meiner vollen Zufriedenheit erledigt. Sie arbeitete selbständig und immer zuverlässig.
Führung im Dienst	Ihr Verhalten mir und ihren Kolleginnen gegenüber war immer einwandfrei und stets hilfsbereit. Bei ihren Patienten war Frau K. sehr beliebt und angesehen.
Austritt und Gründe	Frau K. verlässt meine Praxis auf eigenen Wunsch zum 30.6.
Schlussformel	Ich wünsche Frau K. für die Zukunft alles Gute.

(Quelle: Schleßmann, Das Arbeitszeugnis – Zeugnisrecht, Zeugnissprache, Bausteine, Muster, Auskünfte über Arbeitnehmer, 20. Aufl. 2012, 291 S., mit CD-ROM, Deutscher Fachverlag GmbH, 49 €.

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“

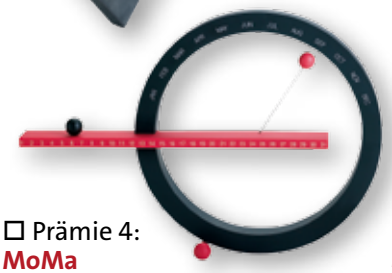
Für einen perfekten Grillabend, egal wo, immer mobil. Zusammengeklappt schmal wie ein Notebook.

☐ Prämie 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 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 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 00-1 35 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