

02 | 2016

up - unternehmen praxis für erfolgreiche Therapiepraxen

**Entlassmanagement im
Heilmittelbereich scheitert
am G-BA**

**Abrechnungstipp GKV:
Keine Kürzung bei fehlender
Genehmigung**

10 GRÜNDE
warum Verbände unbedingt eine
Therapeutenkammer brauchen

**»Von der Blankoverordnung
profitiert der Arzt, während
man den ohnehin gebeu-
telten Therapeuten noch
mehr finanzielle
Unsicherheit
aufbürdet.«**

Interview Ute Repschläger
Vorstand IFK



TERMINHELD

Therapie & Termine heldenhaft im Griff

DAS Tool für Therapeuten!

Dein Terminplaner - Immer und überall einsetzbar

Modernste Dokumentation mit grafischen Befunden, Messwertcharts und Fotos

Therapieberichte in weniger als 1 Minute!



Jetzt
kostenlos
starten!



www.terminheld.de



Selbst ist der Superheld

„Aus großer Kraft folgt große Verantwortung“, das wusste schon Spiderman. Und was für Superhelden gilt, gilt so ähnlich auch für Therapeuten. Würde der Direktzugang zu Heilmitteln kommen, könnten GKV-Patienten ohne ärztliche Diagnose Therapiepraxen aufsuchen. Therapeuten erhielten dann eine ganz neue Autonomie – aber eben auch mehr Verantwortung: für die Gesundheit der Patienten und nicht zuletzt für die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlungen.

Ob Therapeuten für diese Verantwortung bereit sind? Darüber diskutieren Branche und Politik. Die Positionen überraschen wenig: Ärzte betonen, dass die Diagnose ärztliche Kernkompetenz bleiben muss. Versicherungen zufolge sind Therapeuten nicht ausreichend qualifiziert, um Diagnosen zu stellen. Therapeutenverbände fordern den Direktzugang – sind sich aber über den Weg dorthin uneins. Und die Bundesregierung sagt ganz einfach: Wir planen derzeit nicht, einen Direktzugang zu ermöglichen. Noch mehr Meinungen und Hintergründe zum Thema lesen Sie in unserem Themenschwerpunkt in diesem Heft.

Nun grübeln Sie vielleicht, welcher Superheld kommen und die Bundesregierung in Sachen Direktzugang umstimmen könnte. Wir haben zwar niemanden in engen, bunten Kostümen parat, dafür aber eine Idee, wie Therapeuten zu mehr Mitbestimmung gelangen könnten: die Therapeutenkammer. Zehn Gründe führen wir ins Feld, warum nicht nur Therapeuten, sondern auch die Verbände unbedingt eine Kammer brauchen.

Und damit lassen wir Sie wieder Helden des Alltags sein – und hoffen, dass Sie ein paar Tipps und Inspirationen aus dieser Ausgabe mitnehmen können.

Mit besten Grüßen,
Moritz Kohl, Redakteur

Was noch im Heft ist, wir aber oben nicht erwähnt haben ...

... sind die neuen Verordnungen, die von Krankenhausärzten ausgestellt werden können – und deren Formalien vermutlich dafür sorgen werden, dass sie keinem einzigen Patienten nutzen.

... sind Kündigungsdienste im Internet. Vergessen Sie seit Jahren, den überbeurteilten Telefonanbieter für Ihre Praxis zu wechseln? Dann wären diese Dienste etwas für Sie.

... sind unsere Abrechnungs- und Steuertipps. Dieses Mal erfahren Sie unter anderem, wie Sie ohne große Diskussionen rechtzeitig an die Vergütung von PKV-Patienten kommen und wie sie bei Betriebsausflügen und Praxiskleidung Steuern sparen.

Inhalt



Editorial
Branchenmonitor Aktuelle Informationen
Termine auf einen Blick

03
05
08

**Krankenhaus-Verordnungen
mit sehr engen Zeitvorgaben**
Kommentar: Entlassmanagement

10
11

Der kleine Unterschied
Direktzugang und Blankverordnung
Wirtschaftlichkeitsdilemma
Direktzugang mit Folgen

12
14

Mehr Autonomie für Physiotherapeuten
Interview Ute Repschläger, Vorstand IFK

16

Das sagen...

18

...Therapeutenverbände:

...Versicherungen:

...Gesundheitspolitiker:

Mehr Autonomie und Abschaffung der Budgets

20

Interview K.-H. Kellermann, Vorstand VPT

Direktzugang zwischen

22

Polarkreis und Down Under

**Zehn Gründe, warum Verbände
unbedingt eine Therapeutenkammer brauchen**

24

Abrechnungstipp GKV

31

Keine Kürzung bei fehlender Genehmigung

Abrechnungstipp PKV

34

Fälligkeit der Vergütung vor der Behandlung vereinbaren

Raus aus den Verträgen

36

Online-Kündigungsdienste

Arbeitsvertrag für mitarbeitende Ehepartner

38

Praxistipp

Steuerbonus für den Betriebsausflug

40

Kosten für Praxiskleidung von der Steuer absetzen

42

Finanztipp

Wie der Wiedereinstieg nach der Elternzeit klappt

43

Schwangere in der Praxis

Häusliche Ergotherapie bei Demenz

44

Die Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden länger bewahren



GKV-Financen: Heilmittelumsätze weiter gestiegen

Die Heilmittelumsätze je Versicherten sind im ersten Halbjahr 2015 um 5,6 Prozent gestiegen. Das geht aus den jetzt vorgelegten Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums zur Entwicklung der GKV-Financen hervor. Allerdings haben sich die Ausgabensteigerungen leicht abgeflacht: Im ersten Quartal lag der Zuwachs noch bei 8,7 Prozent je Versicherten. Die Ausgaben im Heilmittelbereich beliefen sich auf knapp 3,04 Milliarden Euro (2,86 Milliarden Euro mehr als im ersten Quartal 2014). Die Gesundheitsausgaben für Heilmittel machen damit etwa drei Prozent der Gesamtausgaben aus. Insgesamt verfügen die gesetzlichen Krankenversicherungen weiterhin über Finanz-Reserven in Höhe von 15,2 Milliarden Euro. Dem Bundesgesundheitsministerium zufolge standen bei den Kassen im ersten Halbjahr Einnahmen in Höhe von rund 106,09 Milliarden Euro Ausgaben von rund 106,58 Milliarden Euro gegenüber. Die Differenz von rund 490 Millionen Euro sei dadurch zu erklären, dass etliche Krankenkassen ihre Versicherten durch einen niedrigeren durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 0,83 Prozent (statt dem bisherigen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent) an ihren hohen Finanz-Reserven beteiligt haben.

Sprachtherapeuten: Preisverhandlungen gescheitert

Die Vergütungsverhandlungen der logopädischen und sprachtherapeutischen Berufsverbände mit den Primärkassen im Rheinland sind gescheitert. „Nachdem in diesem Bundesland bereits in den letzten drei Jahren von den etablierten Verbänden auf dem Verhandlungswege nicht einmal die Grundlohnsumme ausgeschöpft werden konnte, war es allerhöchste Zeit für diesen Schritt“, erläutert Rebecca Göbel, Verhandlungsführerin für LOGO Deutschland. Das „Angebot“ der Krankenkassen beinhaltete lediglich eine marginale Erhöhung der Gruppenpositionen und war damit einer „Nullrunde“ gleichzusetzen. Die gescheiterten Verhandlungen führen nun ins Schiedsverfahren. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zu 50 Prozent.



Verhandlungen mit vdek: 4,64 Prozent und Ost-West-Angleichung gefordert

Die Physiotherapie-Verbände sind mit klaren Forderungen in die Vergütungsverhandlungen mit den Ersatzkassen (vdek) gegangen: 4,64 Prozent höhere Vergütungen im Westen und ein Ost-West-Angleich sind die zentralen Forderungen für die Vergütung in 2016. Der vdek bietet bisher nur 1,5 Prozent und bleibt damit sogar deutlich unter der Grundlohnrate. Die Verhandlungen der Physiotherapieverbände mit den Ersatzkassen in Berlin sind in der ersten Runde ergebnislos abgebrochen worden. Der Forderung der Physiotherapeuten über 4,5 bis 4,64 Prozent Vergütungserhöhung für die alten Bundesländer und einen Ost-West-Angleich für die neuen Bundesländer im Jahr 2016 stand das Angebot der Ersatzkassen gegenüber: jeweils 1,5 Prozent für die alten und neuen Bundesländer.

„Bei unseren Kolleginnen und Kollegen brennt die Hütte: immer mehr Arbeit bei sinkendem Reallohn. So kann das nicht mehr weitergehen“, begründete Karl-Heinz Kellermann, Präsident des Verbands Physikalische Therapie (VPT), die Forderung der physiotherapeutischen Verbände.

Nach einer dreistündigen Sitzung wurden die Verhandlungen zunächst ergebnislos abgebrochen. Andrea Rädlein, Vorstand von Physio Deutschland, betont die Bereitschaft der Verbände, ihre Forderung durchzusetzen: „Im Sinne unserer Kolleginnen und Kollegen werden wir das Gespräch mit den Ersatzkassen schnellstmöglich fortsetzen. Wir fordern die Ersatzkassen auf, ihre Blockadehaltung gegenüber uns Therapeuten aufzugeben und nicht an der falschen Stelle zu sparen.“

Westfalen-Lippe: 4,9 Prozent mehr Heilmittel reichen nicht, um den Bedarf zu decken

2016 können die Ärzte in Westfalen-Lippe rund 4,9 Prozent mehr Heilmittel verordnen als im Vorjahr. Das sieht die gerade vorgestellte Heilmittelvereinbarung 2016 vor. Trotz dieser Steigerung bleibt das vereinbarte Volumen damit aber deutlich unter den tatsächlichen Heilmittelausgaben in den Vorjahren zurück.

2016 können die Ärzte in Westfalen-Lippe ihrem Patienten damit Heilmittel im Wert von mehr als 411 Millionen Euro verschreiben, ohne dafür in Regress genommen zu werden. Allerdings wurden im gleichen Gebiet schon 2014 insgesamt Heilmittel



für 437 Millionen Euro verordnet, 2015 wird dieser Betrag bei rund 470 Millionen Euro liegen. Das bedeutet, dass sich Ärzte weiterhin mit dem Thema Regress beschäftigen werden müssen. Immerhin legt die Heilmittelvereinbarung fest, dass das Konzept Beratung vor Regress auch in Zukunft weiterverfolgt werden soll.



Jeder vierte AOK-Versicherte über 60 erhielt 2014 Heilmittel

Der Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOKen beschreibt die Heilmittelverordnungen aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland aus dem Jahr 2014. Die Ausgaben für Heilmittel sind gestiegen, machen aber nach wie vor weniger als drei Prozent der Leistungsausgaben der GKV aus. Vor allem ältere Menschen nehmen dem Heilmittelbericht der AOKen zufolge Heilmittel in Anspruch. Im Jahr 2014 erhielten 28,6 Prozent der AOK-Versicherten ab 60 Jahren eine Heilmitteltherapie. Unter Erwachsenen von 20 bis 59 Jahren waren es 15,8 Prozent, unter Kindern und Jugendlichen 10,3 Prozent. Bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren war der Anteil mit 42,3 Prozent noch wesentlich höher. Die weitaus meisten der Heilmittel – 84,6 Prozent – wurden in der Physiotherapie verordnet. Das entspricht etwa 36,9 Millionen Heilmittel-Verordnungen und fast 251 Millionen einzelner Behandlungen, mit einem Gegenwert von 4,17 Milliarden Euro. Im Schnitt erhielt jeder GKV-Versicherte 82,12 Euro für Heilmittel.

Der gesamte Heilmittelumsatz für die 70,3 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland betrug 5,77 Milliarden Euro (2013: 5,36 Milliarden Euro). Heilmittel machten somit 2,94 Prozent der Leistungsausgaben der GKV aus, die sich auf insgesamt 193,6 Milliarden Euro belaufen. Die Daten für die Studie entnimmt das Wissenschaftliche Institut der AOKen aus dem GKV-Heilmittel-Informationssystem sowie dem Heilmittel-Informationssystem der AOKen.

Hinweis für up|plus-Kunden: Auf Anfrage senden wir Ihnen gerne den kompletten Heilmittelbericht 2015 der AOKen im PDF-Format zu.

Marktpotential: Gesundheitsförderung in Kleinunternehmen

Der Präventionsbericht 2015 der GKV zeigt: Vor allem mittlere und große Unternehmen profitieren von der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) der Krankenkassen. Für BGF in Kleinstunternehmen gibt es einen großen potentiellen Markt. Im Jahr 2014 erreichten die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) der GKV 1,2 Millionen Beschäftigte aus rund 11.000 Betrieben und damit 15 Prozent mehr Personen als im Vorjahr. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherungen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der gesetzlichen Krankenkassen (MDS) hervor. Die Krankenkassen investierten dafür insgesamt rund 68 Millionen Euro. Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastung und des Stressmanagements

wurden dem Bericht zufolge am häufigsten in Anspruch genommen. Ein Großteil der BGF fand in mittleren und größeren Unternehmen statt, vor allem in solchen mit 100 bis 500 Mitarbeitern. Nur 228 der Teilnehmer waren Betriebe mit einem bis neun Mitarbeitern – dabei zählte das statistische Bundesamt im Jahr 2013 1,8 Millionen Kleinstunternehmen dieser Größe. Das kann ein großes Marktpotential für Therapeuten bedeuten, die erschwingliche Präventionsprogramme für kleine Betriebe selbst anbieten oder bei den Krankenkassen anregen.

mehr: bit.ly/1J6egFM



Gesundheitsbericht für Deutschland erschienen

Drei Viertel der Deutschen schätzen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein - und das bei einer steigenden Lebenserwartung. Tendenziell zeigt sich sogar eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit über die letzten 20 Jahre, besonders in den höheren Altersgruppen. Das ist ein Ergebnis des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“, den das Robert-Koch-Institut veröffentlicht hat. Allerdings zeigen die Daten auch, dass die soziale Lebensumstände starken Einfluss auf die Gesundheit haben: Männer mit hohem Einkommen haben beispielsweise eine um elf Jahre höhere Lebenserwartung als Männer mit sehr niedrigem Einkommen. Präventions-

maßnahmen sollten daher künftig dort ansetzen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Positiv sei zu bewerten, dass die Sterblichkeitsraten für die meisten Krebs- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgegangen sind. Gestiegen seien dagegen chronische Krankheiten wie Diabetes. Der neue Gesundheitsbericht mit knapp 500 Seiten gibt nach 1998 und 2006 bereits zum dritten Mal einen allgemeinverständlichen Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und das Gesundheitswesen in Deutschland und kann Therapeuten hilfreiche Anregungen geben.

mehr: bit.ly/21x15Az

AOK Hessen handelt gegen eigene Rahmenverträge

Die AOK Hessen kürzt die Vergütung, wenn eine längere Unterbrechung zwischen zwei Behandlungsterminen nicht mit der Krankheit des Patienten begründet wird. Das entspricht leider überhaupt nicht den von der AOK Hessen abgeschlossenen Rahmenverträgen. Deswegen ist die Kürzung unzulässig und muss im Zweifel vor dem Sozialgericht erstritten werden.

Es lohnt sich wieder einmal, die Rahmenverträge zu lesen: Bei den Physiotherapeuten und Ergotherapeuten heißt es zwar: „Wird die Behandlung länger als 10 Tage [es gelten 14 Kalendertage] unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen wie bei Krankheit des Patienten.“ Nun behauptet die AOK Hessen, damit sei ausschließlich die Krankheit des Patienten gemeint. Das „wie“ scheint aber vielmehr als Beispiel stellvertretend für andere Ausnahmen zu stehen. Eigentlich deutet die AOK Hessen das auch so, nämlich im ganz aktuellen Rahmenvertrag aus dem März 2015 mit

den Logopäden. Dort gibt es alle gängigen Kürzel für Unterbrechungen zwischen zwei Behandlungen: T, K, F/U – und die Logopäden dürfen sogar bis zu 28 Kalendertage unterbrechen, genauso wie die Ergotherapeuten. Physiotherapeuten müssen mit 20 Kalendertag Unterbrechung auskommen. Und die AOK Hessen muss zahlen, auch wenn es einen anderen Grund für die Unterbrechung gibt als die Krankheit des Patienten.



Neue Beratungsrichtlinien 2016

Mit Beginn dieses Jahres wird die bundesweite Beratungsförderung – zu der auch Angehörige der freien Berufe zählen – neu ausgerichtet. Das neue Förderprogramm mit dem Namen „Förderung unternehmerischen Know-hows“ fasst die bisherigen Programme „Förderung unternehmerischen Know-hows durch Unternehmensberatung“, „Gründercoaching Deutschland“, „Turn-Around-Beratung“ und „Runder Tisch“ zusammen. Es richtet sich an

- ▶ junge Praxen, die nicht länger als zwei Jahre am Markt sind (Jungunternehmen)
- ▶ Praxen ab dem dritten Jahr nach der Gründung (Bestandsunternehmen)
- ▶ Praxen, die sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten befinden – unabhängig vom Unternehmensalter (Unternehmen in Schwierigkeiten)

Für Jung- und Bestandsunternehmen liegen die möglichen Förderbeträge

zwischen 1.500 und 3.200 Euro, je nach Alter und Standort der Praxis. Praxen in Schwierigkeiten erhalten unabhängig von Bestandsdauer und Standort einen Zuschuss von 90 Prozent der maximal förderfähigen Beratungskosten. Nicht gefördert werden unter anderem Beratungen, die überwiegend gutachterliche Stellungnahmen zum Inhalt haben, wie beispielsweise Praxiswertgutachten, und die den Verkauf/Vertrieb von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie sonstiges Marketing von Gesundheitsberufen zum Inhalt haben.

Hinweis: Die buchner consulting gmbh hat nicht nur jahrelange Erfahrung bei der Beratung speziell von Heilmittelpraxen, sondern gehört auch zu den Beratungsunternehmen, die für das Förderprogramm akkreditiert sind.

mehr: www.buchner-consulting.de

Impressum

buchner

Herausgeber

Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentimental
Telefon +49(0) 4307 8119-0, Fax -99
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de

V.i.S.d.P.

Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)

ISSN 1869-2710

Heftpreis: 15 Euro | im Abo 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe

Ralf Buchner [bu]
Katrin Schwabe-Fleitmann [ks]
Moritz Kohl [mk]
Katharina Münster [km]
Yvonne Millar [ym]

Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout

schmolzeundkühn, kiel

Fotos

Titel: Georg Lopata; Moritz Kohl (3), Stefan Kuhn (16), Karl-Heinz Kellermann (20), Wiebke Flotho und Corinna Sibold (45, 46); istock: Devonyu, Greeek, JuliarStudio, Illustratiostock, erhu1979, Geber86, nzphotonz, Rinelle (4), KatarzynaBialasiewicz (5), Dacian_G, Dimitrios Stefanidis (6), Pali Rao (7), ISerg (10), Ivan Stevanovic (11), kvkirillov (12), Geber86 (14), triloks, shironosov (26), mediaphotos, nzphotonz (27), BartekSzewczyk (28), marty, jean-marie guyon (29), Yuri_Arcurs, PhotoAttractive (30), Floortje (31), lathuric (32), lokedesign (36), vgajic (38), AzmanL (40), ImageegamI (41), Georgijevic (43); fotolia.com: josepizarro (24)

Passwort für www.up-aktuell.de:

blanko

Termine

| Februar

| März

| April

19.02.2016



Berufseinsteigerforum
Fortbild.zentrum Bochum
www.buchner.de/20

26.02.2016

Beschluss Antikorruptionsgesetz Bundesrat
www.bundesrat.de

15.03.2016

Tag der Rückengesundheit
www.buchner-shop.de/up-marketing

12.02.2016

Offene Gesprächsrunde
mit MdB Dr. Roy Kühne
www.igpt-sh.de

06.03.2016

Europäischer Tag der Logopädie
www.buchner-shop.de/up-marketing

12.03.2016

Netzwerktreffen up und up|plus
in Stuttgart
www.buchner.de/up-treffen

Februar

März

13.02.2016

Privatpreise ohne Diskussion
Seminar in Stuttgart
siehe Seite 35

04.03.2016

Privatpreise ohne Diskussion
Seminar in Stuttgart
siehe Seite 35

14.02.2016

Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen
Seminar in Hamburg
siehe Seite 33

05.03.2016

Ideen für den Ausstieg aus der Praxis
Seminar in Stuttgart
www.buchner-shop.de/30

Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preis richten sich nach
Berlin	Podologie	AOK	01.02.16	Verordnungsdatum
Baden-Württemberg	Logopädie	IKK, BKK, Knappschaft	01.01.16	Behandlungsdatum
Bayern	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Bremen	Physiotherapie	RVO	01.01.16	Behandlungsdatum
Bremen	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Bund	Logopädie	LKK	01.01.16	Behandlungsdatum
Hamburg	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Neue Bundesländer	Physiotherapie	BKK Ost	01.01.16	Verordnungsdatum
Niedersachsen	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Nordrhein-Westfalen	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Nordrhein	Physiotherapie	RVO	01.01.16	Behandlungsdatum
Rheinland-Pfalz	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin
Schleswig-Holstein	Podologie	AOK	01.01.16	Erster Behandlungstermin

21.03.2016

Welt-Down-Syndrom-Tag
[www.buchner-shop.de/
 up-marketing](http://www.buchner-shop.de/up-marketing)

02.04.2016

Welt-Autismus-Tag
[www.buchner-shop.de/
 up-marketing](http://www.buchner-shop.de/up-marketing)

11.04.2016

Welt-Parkinson-Tag
[www.buchner-shop.de/
 up-marketing](http://www.buchner-shop.de/up-marketing)

07. – 10.04.2016
FIBO Köln



07.04.2016

Weltgesundheitstag
[www.buchner-shop.de/
 up-marketing](http://www.buchner-shop.de/up-marketing)

30.04.2016

Deutscher Venentag
[www.buchner-shop.de/
 up-marketing](http://www.buchner-shop.de/up-marketing)

13.04.2016

Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen
 Seminar in Hamburg
siehe Seite 33

13.04.2016

Arbeitsrecht für Therapeuten
 Seminar in Hamburg
www.buchner-shop.de/90

22.04.2016

Ärzte motivieren extra-budgetär zu verordnen
 Seminar in Berlin
www.buchner-shop.de/100

11.03.2016

Gelassenheit an der Rezeption
 Seminar in Erfurt
www.buchner-shop.de/40

12.03.2016

Mitarbeiterkommunikation
 Seminar in Erfurt
www.buchner-shop.de/50

15.04.2016

Gelassenheit an der Rezeption
 Seminar in Dortmund
www.buchner-shop.de/40

29. / 30.04.2016

Rezeption - Ort der Entscheidung
 Seminar in Köln
siehe Seite 39

18. + 19.03.2016

Mitarbeiterführung ganz konkret
 Seminar in Köln
siehe Seite 47

16.04.2016

Mitarbeiterkommunikation
 Seminar in Dortmund
www.buchner-shop.de/50

Krankenhaus-Verordnungen mit sehr engen Zeitvorgaben

In Zukunft dürfen alle Krankenhausärzte Heilmittel-Verordnungen ausstellen. Allerdings sind die Anforderungen an die Abarbeitung dieser Verordnungen sehr hoch. Es bleibt fraglich, inwieweit solche Verordnungen überhaupt in ambulanten Praxen angenommen werden können.



Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass Krankenhausärzte in Zukunft auch Verordnungen für die ambulante Nachsorge ihrer Patienten ausstellen können. Damit soll das Entlassmanagement verbessert und unnötige Therapiepausen beim Wechsel von der stationären zur ambulanten Versorgung vermieden werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jetzt die entsprechenden Beschlüsse zur Änderung der HeilM-RL getroffen. In dem neuen Paragraphen 16a der Heilmittel-Richtlinie sind die Details zur Verordnung festgelegt:

- ▶ Krankenhausärzte können zukünftig (nach Inkrafttreten der Änderung der HeilM-RL) ambulante Heilmittel-Verordnungen ausstellen, wenn das medizinisch notwendig ist.
- ▶ Nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs können Krankenhausärzte für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen. Die Verordnungsmenge hängt von der Behandlungsfrequenz ab und darf die Frist von sieben Kalendertagen nicht überschreiten.
- ▶ Die Behandlung muss innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aufgenommen werden, sonst verfällt die Verordnung
- ▶ Die Verordnung muss innerhalb von zwölf Tagen nach Entlassung abgeschlossen sein. Darüber hinausgehende Behandlungseinheiten verfallen.
- ▶ Vorausgehende Heilmittel-Verordnungen sind dabei formal nicht zu berücksichtigen.
- ▶ Auf der Verordnung muss das Entlassungsdatum angegeben werden, die Verordnungsvordrucke werden entsprechend angepasst.
- ▶ Diese Regelung gilt auch für Ärzte, die in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation arbeiten.

Das Verordnungsrecht im Rahmen des Entlassmanagements tritt erst in Kraft, wenn das Bundesministerium für Gesundheit die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses geprüft hat und diese im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden. Der Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie ist auf der Internetseite des G-BA bereits erfolgt. Jetzt steht die Überprüfung durch das Bundesgesundheitsministerium an. Die Prüffrist läuft bis zum Ende des ersten Quartals 2016.

Die KBV, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) müssen jetzt in einem Rahmenvertrag weitere Einzelheiten regeln – zum Beispiel die Frage, auf welchen Formularen Krankenhausärzte verordnen können und wie man Krankenhausärzte dazu bewegen kann, formal gültige Heilmittel-Verordnungen auszustellen.

Service: Den Beschluss und die Begründung des Beschlusses finden sich unter www.g-ba.de oder können als PDF-Datei bei der **up|plus** Hotline angefordert werden. ■

[bu]

Kommentar

Entlassmanagement im Heilmittelbereich scheitert am G-BA

Der Gesetzgeber hat ein Gesetz verabschiedet, das dazu dienen soll, die Anschlussbehandlung von stationären Patienten zu verbessern. Das soll gerade auch für den Bereich der Heilmittel gelten. Deswegen erhielt der G-BA den Auftrag, die Heilmittel-Richtlinie entsprechend zu ändern.

Diese Änderung der Heilm-RL ist jetzt veröffentlicht worden – und wird nichts dazu beitragen, dass Patienten besser versorgt werden als bisher. Warum das so ist, haben die Heilmittelverbände in der Anhörung zur Änderung ausführlich begründet. Der G-BA legt ausdrücklich fest, dass die Formalien rund um den Verordnungsvordruck nach §13 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie auch von Krankenhausärzten berücksichtigt werden müssen. Das werde den Verbänden nach zur Folge haben, dass es auch in Zukunft keine gültige Heilmittel-Verordnung im Entlassmanagement gibt. Es gibt drei entscheidende Gründe, warum das Entlassmanagement im Heilmittelbereich scheitern wird:

1. Mehr als ein Drittel aller ambulanten Heilmittelverordnungen müssen wegen Formfehlern geändert, ergänzt oder vollständig neu ausgestellt werden. Deswegen hat der Gesetzgeber ein Heilmittel-Prüfmodul für Ärztesoftware vorgeschrieben. Obwohl die niedergelassenen Vertragsärzte also offensichtlich an den Regelungen gescheitert sind, schreibt der G-BA sie erneut für Krankenhausärzte vor.
2. Die Krankenhäuser müssen ihre Krankenhausärzte hinsichtlich der Heilmittel-RL informieren und ausbilden. Nach Ansicht des G-BA ist das überhaupt kein Problem und sei lediglich eine „Einarbeitung in die Informationspflicht“. Viele der ohnehin knapp besetzten Krankenhäuser werden es sich aber gut überlegen, ob sie sich diese zusätzliche Einarbeitung ihrer Ärzte aufbürden lassen wollen.
3. Kein Therapeut, der auch nur ansatzweise seine fünf Sinne beisammen hat, wird sich auf Heilmittel-Verordnungen aus dem Entlassmanagement einlassen. Formfehler können praktisch nicht in der

notwendigen Geschwindigkeit korrigiert werden – wie sollen Therapeuten überhaupt einen Klinikarzt erreichen? Der enge Zeitkorridor macht zudem zusätzliche Arbeit, die nicht besser honoriert wird und erhebliche formale Risiken mit sich bringt.

Die Verbände haben viele Vorschläge gemacht, wie man diese Probleme vermeiden könnte, der G-BA hat alle Vorschläge jeweils mit der Begründung abgelehnt, er sei nicht zuständig. Hat der G-BA nun einfach den Bezug zur Realität verloren oder will er mit Absicht den Willen des Gesetzgebers konterkarieren?

Bleibt nur zu hoffen, dass das Bundesgesundheitsministerium seine Rechtsaufsicht nutzt und auf die offensichtlichen Rechtsverstöße dieser Änderung reagiert. Oder dass die Heilmittelverbände sich aufrufen und endlich – so wie das andere Leistungserbringer schon machen – gegen die Interpretationsdiktatur des G-BA aufbegehren und klagen. ■

[bu]



Der kleine Unterschied

Direktzugang und Blankoverordnung

Die Debatte um den Direktzugang zu Heilmitteln beschäftigte in den letzten Monaten auch die Politik. Die Bundesregierung kündigte in einer Antwort auf eine kleine Anfrage der Linken-Fraktion im Bundestag an, keine Schritte in diese Richtung zu planen. Derweil diskutieren Heilmittelverbände, welche nächsten Schritte zum Direktzugang die richtigen sind.

Mit im Gespräch sind vor allem zwei Wege: Blankoverordnungen auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ein Direktzugang für Selbstzahler und Privatversicherte, der über eine erweiterte Ausbildung allen Therapeuten möglich sein soll. Wir haben Szenarien für das Ziel und die beiden Wege dorthin einander gegenüberstellt. Auf den kommenden Seiten werfen wir außerdem einen Blick ins Ausland, befragen Verbände, Ärztevertreter, Versicherungen und Politiker und diskutieren Möglichkeiten, wie Therapeuten das Wirtschaftlichkeitsgebot handhaben könnten.

Das Ziel: Direktzugang (GKV)

GKV-Versicherte können sich direkt an einen Therapeuten wenden, ohne dafür eine ärztliche Heilmittel-Verordnung zu benötigen. Therapeuten dürfen also auch GKV-Patienten zu Lasten der GKV ohne ärztliche Verordnung behandeln. Der Arzt wird nur in den Behandlungsfall eingebunden, wenn der Therapeut das aus medizinischen Gründen für notwendig hält. Die GKV bezahlt die Therapie ihrer Versicherten bei zugelassenen Leistungserbringern auch ohne ärztliche Verordnung. Der Arztvorbehalt fällt weg. Die Patienten können frei entscheiden, ob sie Therapie nutzen wollen oder nicht.

Mehr Rechte bedeuten auch mehr Verantwortung und mehr Aus- und Weiterbildung. Auch im Ausland gibt es deswegen Therapeuten, die auf die Möglichkeit des Direktzugangs verzichten. Offen ist zudem die Frage nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung. In welcher Form würde dieses von den Ärzten bekannte Problem auf die Therapeuten zukommen? Einen GKV-Direktzugang gibt es derzeit nicht. Nach aktueller Gesetzeslage sind noch nicht einmal Modellvorhaben erlaubt, die eine „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ durch Heilmittelerbringer vorsehen.

Der eine Weg: Direktzugang über sektoralen Heilpraktiker (Selbstzahler/Privat)

Patienten, die als Privatversicherte oder Selbstzahler eine Heilbehandlung wünschen, können sich direkt an einen Therapeuten wenden, ohne dafür eine vorab er-

stellte ärztliche Diagnose zu benötigen. Therapeuten dürfen Privatpatienten und Selbstzahler auch ohne ärztliche Verordnung behandeln. Nur wenn Therapeuten das aus medizinischen Gründen für notwendig erachtet, wird ein Arzt in den Behandlungsfall eingebunden.

Die GKV bezahlt Wahlleistungen, soweit in der Satzung vorgesehen und wenn ärztlich verordnet. Die PKV übernimmt möglicherweise die Therapiekosten gemäß Versicherungstarif. Der Arztvorbehalt fällt also zumindest dann weg, wenn Privatversicherte und Zahlungswillige Therapeuten mit entsprechender Fortbildung aufsuchen. Der Umweg über die sektorale Heilpraktiker-Erlaubnis entspricht aber nicht dem Selbstverständnis der Therapeuten und bedeutet zusätzlichen Prüfungsaufwand. Er ist heute bereits Physiotherapeuten möglich, die eine Weiterbildung zum sektoralen Heilpraktiker abgeschlossen haben.

Der andere Weg: Blankoverordnung (GKV)

GKV-Versicherte erhalten von Ärzten Heilmittel-Verordnungen, auf denen die ärztliche Diagnose steht. Die Therapeuten entscheiden und verantworten die Details der Therapie. Sie bestimmen aufgrund der Diagnose im Rahmen des Heilmittelkatalogs Art, Umfang und Frequenz der Leistung. Nach Abschluss der Therapie informieren Therapeuten die Ärzte über die Ergebnisse. Die GKV bezahlt die Therapie, die PKV übernimmt die Therapiekosten gemäß Versicherungstarif.

Therapeuten können die Therapie auf die Belange des jeweiligen Behandlungsfalls abstimmen. Mit Blankoverordnung könnte vermutlich jeder Therapeut ohne zusätzliche Prüfung und allzu viel Nachschulung arbeiten. Offen ist auch hier die Frage nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung Wer übernimmt die Verantwortung für die entstehenden Heilmittelkosten und die von den Ärzten bekannten Probleme? Momentan gibt es Blankoverordnungen in der Physiotherapie nur als Modellvorhaben für festgelegte Praxen in bestimmten Regionen. Logopäden erhalten faktisch schon seit Jahren Blankoverordnungen, Ärzte legen lediglich den Zeitumfang fest. ■

[bu/mk]



Wirtschaftlichkeitsdilemma

Direktzugang mit Folgen

So manche Heilmittel-Therapie scheitert, bevor sie überhaupt begonnen hat – an vermeintlich aufgebrauchten Mitteln. „Das Budget ist erschöpft!“, sagt der Orthopäde dann und sein Patient hat keine Chance, das zu überprüfen. Dürfen Patienten im Direktzugang zu den Therapeuten, sind die Ärzte das Problem los. Wir haben uns für Sie im GKV-System einmal umgesehen, was dann auf Therapeuten zukommen könnte.

Im vergangenen Jahr hat die GKV rund 6 Milliarden Euro allein für die ambulante Heilmittel-Therapie ausgegeben. Das macht zwar nur drei Prozent der Gesamtausgaben der GKV aus, ist aber trotzdem eine ordentliche Summe. Kein Wunder, dass die Kassen alles daran setzen, Mehrausgaben zu vermeiden, wo immer es geht. Dabei werden sie von der Politik unterstützt: Gesetzliche Regeln helfen den Kassen, die Ausgaben zu begrenzen. Demgegenüber steht die Forderung einiger Therapeutenverbände: Leistungen aus dem Heilmittelkatalog sollen überhaupt keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr unterliegen (siehe Interviews S. 16 und 20).

Im Alltag der Therapeuten hat das im § 12 SGB V festgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebot auch bisher keine konkrete Rolle gespielt. Hin und wieder rechnen Therapeuten nur Rotlicht ab, wo Fango geboten wäre. Manche Ärzte haben so große Angst vor Regressen, dass sie selbst Patienten, die es nötig haben, keine Heilmittelverordnungen mehr ausstellen. Das war es aber auch schon.

Ermöglicht der Gesetzgeber den Direktzugang der GKV-Versicherten zu den Heilmittel-Therapeuten, bekäme das Wirtschaftlichkeitsgebot eine ganz andere Bedeutung für Therapeuten. Plötzlich würden die Kassen sich bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit an die Therapeuten halten, genauer gesagt: Sie würden Therapeuten durch das Wirtschaftlichkeitsgebot disziplinieren. Wie genau das geschehen würde, ist noch völlig unklar – im GKV-System existieren dazu unterschiedliche Verfahren.

1. Zugang zur Leistung reglementieren

Wirtschaftlichkeitsprüfungen nehmen Ärzten finanziell in die Haftung, wenn sie überdurchschnittlich viel verordnen. Überschreitet ein Arzt eine der mit den Kassen vereinbarten Höchst-Verordnungsmengen, muss er eine Rückzahlung leisten. Damit wird der Zugang zur Heilmittel-Therapie, aber auch etwa zu Medikamenten geregelt.

Dieses Verfahren kann man sich prinzipiell auch für Heilmittelbringer vorstellen. Allerdings fehlen hier so gut wie alle Voraussetzungen: Es gibt keine therapeutischen Pendanten zu den KVen die für alle Therapeuten Höchst-Verordnungsmengen verhandeln könnten. Es gibt keine gemeinsamen Honorartöpfe wie bei den Ärzten, die einen gewissen Ausgleich zwischen den Viel- und Wenig-Behandlern ermöglichen würden. Und es gibt keinen Einfluss



der Therapeuten auf die Rahmenbedingungen (HeilM-RL), weil keine Therapeuten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sitzen. Außerdem: Wer sollte die Prüfungen überhaupt vornehmen? Die von den Ärzten und Kassen finanzierten Prüfeinrichtungen sicher nicht.

Fazit: Für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ähnlich wie bei den Ärzten fehlen sehr viele Voraussetzungen, es dürfte fraglich sein, ob man sich als Therapeut auf so etwas einlassen muss oder will. Eine eher unwahrscheinliche Lösung.

2. Höhere Eigenbeteiligung der Patienten einführen

Zahnärzte leiden weniger unter Wirtschaftlichkeitsprüfungen – denn das Vergütungssystem der Zahnärzte ist nicht so sehr auf Vollkostenerstattung ausgerichtet wie bei anderen Ärzten. Zwar werden normale Zahnarztbesuche vollständig von der Kasse übernommen, wenn die Leistung „nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist“ (§28 SGB V). Allerdings beschränkt das fünfte Sozialgesetzbuch die Leistungen auf eine Minimalversorgung und sieht die Möglichkeit vor, dass Patienten zur Erstattung der Kasse dazu bezahlen. Eine sogenannte Mehrkostenvereinbarung regelt die Beteiligung vor der Behandlung verbindlich. Beim Zahnersatz und bei kieferorthopädischen Behandlungen sind beispielsweise Selbstbeteiligungen zwischen 45 bis 100 Prozent vorgesehen.

Eine hohe Selbstbeteiligung von zum Beispiel 50 Prozent könnte auch in der Heilmittel-Therapie machbar sein. Ausnahmeregeln für Kinder könnten sicherstellen, dass auch Kinder in Zukunft noch therapiert werden. Härtefallregelungen gibt es bereits, sodass auch Chroniker in jedem Fall weiter behandelt würden. Alle Osteopathen sammeln derzeit bereits Erfahrung mit dem Prinzip einer höheren Eigenbeteiligung der Patienten.

Fazit: Eine hohe Selbstbeteiligung beziehungsweise eine Mehrkostenvereinbarung für Leistungen, die über die Minimalversorgung hinausgehen, könnte ohne große Änderungen im System umgesetzt werden. Vermutlich würden sich sowohl die Heilmittel-Praxen als auch ihre Patienten relativ schnell daran gewöhnen.

3. Anzahl der Leistungserbringer begrenzen

Im ärztlichen Bereich sind die Anzahl der Praxen je Bezirk begrenzt. Es gibt keine Niederlassungsfreiheit für Praxen, die GKV-Patienten behandeln wollen. Heilmittelerbringer wiederum profitieren vom sogenannten Kontraktionszwang der GKV: Jeder Therapeut, der die Voraussetzungen erfüllt, hat ein Recht auf Zulassung – egal, wie viele Praxen es in seinem Bezirk schon gibt. Käme der Direktzugang, würden Krankenkassen dieses Prinzip vermutlich in Frage stellen.

Am Kontraktionszwang haben die Kassen schon früher gerüttelt. Einige Krankenkassen fordern, die Versorgung ihrer Versicherten über Ausschreibungen zu regeln. Dann würden nur noch bestimmte Praxen an der Versorgung der GKV-Versicherten teil-

nehmen können und müssten ihre Therapie vermutlich zu günstigen Preisen anbieten. Das Verfahren der Ausschreibungen ist den Kassen bereits gut vertraut: Bei Arzneimitteln läuft es über Rabattverträge und im Hilfsmittelbereich über bundesweite Ausschreibungen. Die Vertragspartner der Kassen sehen bestimmte Medikamente und Hilfsmittel vor – wollen Patienten andere Produkte verwenden, müssen sie die Differenz aus der eigenen Tasche begleichen.

Fazit: Ausschreibungen sind komplex. Wer sie durchschauen möchte, benötigt umfassendes wirtschaftliches Know-How. Vermutlich würden größere Ketten oder Klinikbetreiber von solchen Modellen eher profitieren als individuelle Therapeuten und ihre Patienten.

4. Kostenübernahme auf wenige Versicherte begrenzen

Brillen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung nur unter bestimmten Bedingungen: bei Kindern und Jugendlichen bis 18, bei sehr schweren Sehschwächen und der Behandlung einer Augenverletzung oder -erkrankung. Die meisten Menschen müssen ihre Brillengläser und -gestelle also selbst zahlen. Und auch für die wenigen Kinder, die noch eine Brille bekommen, zahlt die Kasse nur noch einen Festbetrag und übernimmt nicht die vollen Kosten.

Überträgt man dieses Modell auf den Bereich der Heilmittel-Therapie, dann würden plötzlich ausschließlich Kinder, Jugendlichen bis 18 Jahre und chronische Kranke Heilmittel-Therapie auf GKV-Kosten bekommen. Der Rest müsste sie vollständig selbst zahlen. Das würde für erhebliche Veränderungen in den Kassenpraxen sorgen. Fragt man Therapeuten, wie viele GKV-Patienten nicht mehr kommen würden, wenn die Kasse nicht mehr zahlt, liegen die Schätzungen bei 40 bis 70 Prozent.

Fazit: Diese „Brillen-Variante“ würde für einige Praxen sicherlich ein großes Problem darstellen. Sie funktioniert nur, wenn Praxen ihr Geschäftsmodell auf Selbstzahler-Marketing ausrichten. Für viele Therapeuten würde das eine große Umstellung bedeuten.

Betrachtet man sich die unterschiedlichen Szenarien, wie sich das Wirtschaftlichkeitsgebot umsetzen lässt, dann erscheint die aktuelle Situation manchem Praxisinhaber wahrscheinlich gar nicht so unkomfortabel. So richtig gut vorbereitet ist die gesamte Heilmittel-Branche auf den Direktzugang wohl noch nicht. Was fehlt, ist eine mächtige Interessenvertretung, die es schafft, wirklich alle Therapeuten zu aktivieren und deren Interessen machtvoll zu vertreten. Nur so ließen sich die unterschiedlichen Szenarien so bewältigen, dass die Vielfalt der Branche für die Patienten erhalten bliebe. ■

[bu]





Mehr Autonomie für Physiotherapeuten

Direktzugang – ohne Umweg über die Blankverordnung

In einem aktuellen Thesenpapier fordert der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) die Einführung des Direktzugangs für Physiotherapeuten ohne Umweg über die Blankverordnung. Wir haben uns das Thesenpapier von Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des IFK, erläutern lassen.

Frau Repschläger, an wen richtet sich das Thesenpapier des IFK?

REPSCHLÄGER | Unser Thesenpapier zum Thema Direktzugang richtet sich an zwei Zielgruppen. Einerseits wollen wir die Politik wachrütteln und ihr klarmachen: Es gibt einen Unterschied zwischen Direktzugang und Blankverordnung. Von der Blankverordnung profitiert der Arzt, während man den ohnehin gebeutelten Therapeuten noch mehr finanzielle Unsicherheit aufbürdet. Aber auch die Physiotherapeuten sprechen wir an: Lasst euch nicht mit einer Zwischenlösung abspeisen, die euch nur einen geringen Gewinn an Autonomie, dafür aber ein zusätzliches Risiko verschafft.

Wollen die Verbände nicht auch, dass Therapeuten die Möglichkeit erhalten, mehr Verantwortung zu übernehmen?

REPSCHLÄGER | Im Fall der Blankverordnung drohen dem behandelnden Physiotherapeuten aber Gefahren, obwohl er auf der anderen Seite kaum zusätzliche Autonomie bekommt. Die Blankverordnung ist eine Falle, weil die Machtstellung der Ärzte erhalten bleibt, den Therapeuten jedoch wohl die wirtschaftliche Ver-

antwortung zugeschoben wird. Unser Thesenpapier fasst das treffend zusammen: „Von der Blanko-Verordnung profitierten also einzig und allein die Ärzte. Denn sie behielten die Fäden in der Hand und sicherten ihre Vergütung für die Erstellung der Erstdiagnose und die Kontrolle des Therapieerfolges, während die Physiotherapeuten die Dummen wären.“

Welchen Weg zum Direktzugang streben Sie also an?

REPSCHLÄGER | Wir als IFK möchten stattdessen gleich den Direktzugang durchsetzen. Patienten sollen sofort den Physiotherapeuten aufsuchen können, ohne beim Arzt auf einen Termin warten zu müssen, bei dem ihnen eine Verordnung ausgestellt wird. Das bedeutet für die Patienten eine schnellere Therapie und damit ein Mehr an Lebensqualität.

Die Verantwortung für die Kosten würde aber auch in diesem Szenario bei den Therapeuten liegen.

REPSCHLÄGER | Wie im Thesenpapier beschrieben: Im Gegensatz zur Blankoverordnung würden beim Direktzugang die Physiotherapeuten die notwendige professionelle Autonomie erhalten. Damit wären sie besser in der Lage, auch die wirtschaftliche Verantwortung für die Therapie gegenüber den Kassen zu übernehmen. Denn sie hätten es dann in der Hand, auch die Verordnungsmenge zu steuern. Laut Expertenmeinung wäre es allerdings auch denkbar, dass die Politik sagt: „Euer Bereich ist so klein, da können wir auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung erst einmal verzichten.“

In Statements und auch up gegenüber äußerten verschiedene Vertreter von Ärzteschaft und Versicherungen, die Therapeuten würden bestimmte Voraussetzungen für den Direktzugang – vor allem hinsichtlich ihrer Ausbildung – nicht erfüllen. Wie sehen Sie das?

REPSCHLÄGER | Ich sehe die Physiotherapeuten gut gerüstet für den Direktzugang. Der Direktzugang für Selbstzahler ist schon heute nach einer 60-stündigen Fortbildung über den sektoralen Heilpraktiker möglich. Diesen Umweg lehnen wir allerdings aus berufspolitischen Gründen ab. Die Heilpraktiker-Erlaubnis ist eine berufspolitische Sackgasse, die den Direktzugang für GKV-Versicherte in weite Ferne rückt.

Die Politik soll stattdessen schnell die 60 Stunden Fortbildung in die Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Physiotherapeuten integrieren. Dann wäre zumindest rechtlich der Direktzugang für Selbstzahler

der Standard. Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass auch Physiotherapeuten fachliche Diagnosen stellen können. Wir müssen mit dem Direktzugang nicht erst noch warten, bis alle Physiotherapeuten besondere Fortbildungen absolviert haben oder akademisiert sind.

Sie sehen also keinen Handlungsbedarf in der Therapeuten-Ausbildung?

REPSCHLÄGER | Klar, wir würden gern die Ausbildungs- und Prüfungsordnung verbessern. Es kostete die Politik kaum mehr als einen Federstrich, die Kriterien ins Berufsrecht zu übertragen, die das Bundesverwaltungsgericht für die Anerkennung des sektoralen Heilpraktikers „Physiotherapie“ aufgestellt hat. Jeder Physiotherapeut, der diese Voraussetzungen erfüllt, kann dann als Physiotherapeut im Direktzugang Patienten behandeln. Es ist ja heute schon von höchsterlicher Rechtsprechung bestätigt, dass ein sektoraler Heilpraktiker – also ein Physiotherapeut mit 60 Stunden Zusatzfortbildung – die Patientensicherheit nicht gefährdet.

Wie sieht Ihr Plan für die Umsetzung des Direktzuges aus, was ist der nächste Schritt?

REPSCHLÄGER | Im ersten Schritt sollte uns die Politik jetzt den Direktzugang zumindest im Bereich der Selbstzahler zugestehen. Und das muss schnell gehen, weil die Politik in Berlin sich mit den Sommerferien in den kommenden Wahlkampf verabschiedet. Im zweiten Schritt sollte der Direktzugang auch für die GKV-Versicherten geöffnet werden. Auch eine Initiative der Länder, die rechtliche Grundlage für einen Modellversuch zum Direktzugang für GKV-Patienten zu schaffen, wäre eine Möglichkeit, den Direktzugang weiter voranzutreiben.

Wie steht es um die Abstimmung der Heilmittelverbände untereinander, gibt es eine gemeinsame politische Linie?

REPSCHLÄGER | Das Wichtigste vorweg: In puncto Direct Access ziehen die im SHV zusammengeschlossenen Verbände an einem Strang. Ein Unterschied besteht lediglich in der Bewertung der Blankoverordnung. Während andere Verbände die Blankoverordnung als Zwischenschritt zum Direktzugang ansehen, befürchtet der IFK, dass die Blankoverordnung den Weg hin zum Direktzugang für unabsehbare Zeit blockiert. ■

[bu]



Das sagen...

...Therapeutenverbände:

Nägel mit Köpfen oder mehr Studien?

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) fordert seit längerem den Direktzugang zu allen Heilmittelerbringern auch für GKV-Patienten. So könnten Therapieziele schneller erreicht werden, Therapeuten erhielten das Höchstmaß an professioneller Autonomie und Patienten als mündigen Bürgern würde ein Wahlrecht in ihrer Versorgung gewährt. Um den Direktzugang zu ermöglichen, würde bereits eine geringe Anpassung der Ausbildungsverordnungen an die Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ausreichen.

„Dass die ärztliche Diagnose bei unklaren Beschwerden unverzichtbar ist, um das genaue Krankheitsbild abzuklären, bliebe aus Sicht des SHV unangefochten“, so Heinz Christian Esser, Geschäftsführer des SHV. Den Widerstand der Ärzte sehe der SHV aber als Beleg dafür, dass große Teile der Ärzteschaft noch immer einem antiquierten Statusdenken verhaftet sind und das Interesse der Patienten an einer raschen Behandlung durch einen Heilmittelerbringer hintenanstellen.

Die Politik solle gleich Nägel mit Köpfen machen. „Nur der Direktzugang gewährleistet, dass der Patient schnell von einem Heilmittelerbringer behandelt werden kann“, so Esser. Bei der Blankoverordnung müsse der Patient hingegen mehr oder minder lange auf einen Arzt-

termin warten, während seine Krankheit sich verschlimmern könne. Die einzelnen Verbände haben allerdings durchaus unterschiedliche Ansichten zu Blankoverordnungen als Übergangslösung, wie die beiden Interviews mit Ute Repschläger (IfK) und Karl-Heinz Kellermann (VPT) in diesem Themenschwerpunkt zeigen.

Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) gab auf Anfrage von **up** an, sich noch in Diskussionen zum Thema zu befinden. Die Verbandszeitschrift des dbl ‚Forum Logopädie‘ erörtere im November 2015 sowohl Vorteile, wie gesteigerte Wahlmöglichkeiten für Patienten und mehr Eigenständigkeit für Therapeuten, als auch Gefahren, wie das Übersehen ernsthafter Krankheiten. Die Autoren fordern zunächst mehr Logopädie-spezifische Studien zum Direktzugang – etwa hinsichtlich möglicher Kostenersparnisse, Risiken und erforderlicher Qualifikationen.

...Versicherungen:

„Der Direktzugang hängt von Akademisierung und Versorgungsforschung ab“

Vertreter der großen Versicherungsverbände sprechen vor allem die Voraussetzungen in der Ausbildung an. So müssten laut Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) die Therapeuten zunächst zur eigenständigen Diagnostik und Differentialdiagnostik befähigt und ausgebildet sein. Das Vorschalten der Ärzte diene auch der Qualitätssicherung und dem Patientenschutz. Darüber hinaus würden Masseur und Krankengymnasten nach wie vor als „Heilhilfsberufe“ mit für den Arzt dienender Funktion bezeichnet. „Dieses Berufsbild und die Berufsbezeichnung ändern sich nur langsam“, sagt Stephan Caspary, PKV-Pressereferent.

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) sieht das ähnlich: „Ob der Direktzugang für Physiotherapeuten in Zukunft sinnvoll ist, hängt wesentlich davon ab, was sich im Bereich der Akademisierung der Physiotherapie tut und ob es zur Intensivierung der Versorgungsforschung kommt“, sagt Boris von Maydell, Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek. Die Blankoverordnung könnte von Maydell zufolge prinzipiell eine sinnvolle Alternative zum Direktzugang oder ein erster Schritt in diese Richtung darstellen, die Heilmittelerbringer müssten dann aber deutlich stärker als bisher an der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit beteiligt werden.

Der AOK-Bundesverband spricht sich ebenfalls dafür aus, zum Wohle der Patienten die gesetzlich vorgegebene Behandlungsabfolge von ärztlicher Erstdiagnose und nachgelagerter Heilmittelerbringung beizubehalten und Modellvorhaben abzuwarten. Die wissenschaftlich begleiteten Modellversuche einiger Krankenkassen sollen auch dem GKV-Spitzenverband zufolge auszuloten, ob sich durch die diskutierten Änderungen die Versorgungs- und Behandlungssituation für die Patienten verbessern würde. „Eine abschließende Meinung haben wir dazu noch nicht“, erklärt Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbands.

...Gesundheitspolitiker:

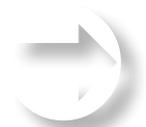
Gesundheitsministerium plant keine Modellvorhaben zum Direktzugang

In der Politik sind die Meinungen geteilt – die Bundesregierung plant keine Modellvorhaben zum Direktzugang, was etwa die Linke kritisiert. Laut Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Grünen-Fraktion im Bundestag, sollten Maßnahmen für einzelne Berufe einem Gesamtkonzept folgen. „Die Versorgungsstruktur müsste viel multiprofessioneller und besser vernetzt sein, dann könnten besonders qualifizierte Angehörige bestimmter Gesundheitsberufe auch bestimmte Leistungen verordnen“, sagt Scharfenberg. Blankoverordnungen im Heilmittelbereich hält die Abgeordnete für sinnvoll, sieht sie aber nicht in unmittelbarer Verknüpfung – etwa als Zwischenschritt – zum Direktzugang.

Birgit Wöllert, Obfrau der Linken-Fraktion im Gesundheitsausschuss, zufolge sprechen Erfahrungen aus anderen Ländern für den Direktzugang. „Heilmittelerbringer verfügen über hohe Qualifikationen und sind die Fachleute in ihrem Gebiet“, sagt die Bundestagsabgeordnete. Daher sei es im Sinne der Patientinnen und Patienten, Therapeuten mit mehr Entscheidungskompetenz auszustatten. „Im Koalitionsvertrag wurden Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung vereinbart“, ergänzt sie. „In der Antwort des BMG auf

eine Kleine Anfrage der Linksfraktion gibt das BMG zu erkennen, dass eine Umsetzung des Koalitionsvertrages in dieser Frage nicht zu erwarten ist.“

Das Gesundheitsministerium gibt in seiner Antwort an, keine Modellvorhaben zum Direktzugang zu planen. Es verweist unter anderem auf offene Fragen zu Haftung und Wirtschaftlichkeitssteuerung innerhalb der GKV – für beides würden Therapeuten mit dem Direktzugang die Verantwortung übernehmen. Außerdem müssten die Therapeuten Kompetenzen in der Diagnostik erlangen, für die „eine deutliche Veränderung und Ausweitung der Ausbildung erforderlich“ sei. Der Direktzugang in anderen Ländern sei „einem anderen Verständnis vom Beruf des Physiotherapeuten und infolgedessen anderen Ausbildungswegen und -inhalten geschuldet“ und in den meisten dieser Länder zudem nur für Selbstzahler oder über private Krankenversicherungen möglich. (siehe auch Seite 22) ■ [mk]





Mehr Autonomie und Abschaffung der Budgets

Interview mit Karl-Heinz Kellermann, Vorsitzender des Verbands Physikalische Therapie (VPT) e.V., zu Blankoverordnungen, dem Direktzugang und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Herr Kellermann, der VPT setzt sich für Blankoverordnungen ein – was spricht Ihres Erachtens für diese Lösung?

KELLERMANN | Zunächst einmal steht auch für uns als VPT eindeutig der Direktkontakt (Direct Access) als Ziel fest, dies ist einheitliche Meinung im Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV). Wir sind aber der Meinung, dass der erste Schritt in Richtung mehr Autonomie die Blankoverordnung ist. Derzeit läuft dazu unser Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 SGB V (siehe Kasten), das wir zusammen mit der IKK-Brandenburg und Berlin in Berlin und Brandenburg durchführen. Im Sommer erwarten wir die Ergebnisse der ersten wissenschaftlichen Auswertung, mit denen wir dann auch gegenüber der Politik argumentieren können.

Welche Vorteile könnten sich in diesem ersten Schritt durch die Blankoverordnungen bereits ergeben?

KELLERMANN | Mit der Blankoverordnung können wir schneller eine größere Autonomie für Therapeuten erreichen. Aufgrund seiner Qualifikation soll ein Therapeut selbst entscheiden, welche Leistungen therapeutisch am wirksamsten sind, für den jeweiligen Patienten und die jeweilige Diagnose, die zunächst noch ein Arzt gestellt hat. Das bringt uns schon deutlich mehr Fachkompetenz für die Leistungserbringer in der Physiotherapie.

Wie soll das dann in der Regelversorgung umgesetzt werden?

KELLERMANN | Wenn uns Krankenkassen und Politik folgen, wollen wir von einzelnen Leistungspositionen wegkommen und mit den Kassen Pauschalsätze vereinbaren. Für die Blankverordnungen sollen Therapeuten Zeitintervalle von 15 Minuten erhalten. Darin können sie nach eigenem Ermessen Positionen verwenden, die im Heilmittelkatalog gelistet sind und je nach Bedarf die Anzahl der Intervalle steuern. Wenn wir nun diesen ersten Schritt optimal praktizieren, können wir im nächsten zum Direktzugang übergehen.

Warum nicht der direkte Weg zum Direktzugang?

KELLERMANN | Noch hat der Gesetzgeber nur die Möglichkeit zu Modellvorhaben zur Blankverordnung vorgesehen. Wir möchten die Ergebnisse unserer gemeinsamen mit der IKK Brandenburg und Berlin geführten Modellvorhaben abwarten – das steht für uns erstmal im Fokus. Wir stimmen zwar zu, dass Blankverordnungen ein Stück weit Delegation durch Ärzte bedeutet – aber nicht, dass sie den späteren Direktzugang verhindern.

Diese Befürchtung äußert der IFK in seinem Positionspapier: dass Blankverordnungen die Kontrolle über die Therapie den Ärzten überlassen und dafür den Therapeuten das Wirtschaftlichkeitsrisiko aufbürden.

KELLERMANN | Beim Direktzugang tragen die Therapeuten für GKV-Patienten ja ein noch größeres, nämlich das volle wirtschaftliche Risiko, solange es ein Budget für Heilmittel gibt. Unsere Forderung an die Politik ist aber: Alles, was über den Heilmittelkatalog läuft, also auch die Blankverordnung, muss aus der Budgetierung raus. Keiner soll mehr in Regress genommen werden, wenn er heilmittelrichtlinienkonform therapiert oder verordnet. Der Heilmittelkatalog ist ein in sich geschlossenes Regelwerk, in dem Frequenzen und Maßnahmen der Therapie vorgegeben sind – es kann also auch ohne Budgets nicht zu einer Kostenexplosion kommen. Wenn die Politik unserer Forderung folgt, sollte es keine Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel mehr geben.

Vertreter von Ärzteschaft und Krankenversicherungen fordern wiederum als Voraussetzung für den Direktzugang veränderte Ausbildungsstrukturen und eine Akademisierung. Sehen Sie hier Handlungsbedarf?

KELLERMANN | Das ist nicht das, was wir anstreben. Das Bundesverwaltungsgericht hat entschieden, dass Physiotherapeuten nur wenige Inhalte für den Direktzugang fehlen: die 60 Stunden, die wir über den sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie nachqualifizieren und in die Grundausbildung implementieren wollen. Therapeuten werden dabei etwa zu Red Flags und Yellow Flags geschult, Hinweise, aufgrund derer sie Patienten zur ärztlichen Untersuchung schicken müssen. Im Bereich von Selbstzahlungen und privater Krankenversicherung praktizieren wir auf diesem Wege bereits den Direktzugang – mit überaus zufriedenen Patienten. Es entfallen damit lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin und es kann sofort mit einer qualifizierten physiotherapeutischen Therapie begonnen werden. Physiotherapeuten maßen sich nicht an, die Ärzte ersetzen zu wollen. Aber auf dem Gebiet der Physiotherapie sind wir die Fachleute. ■

[mk]



Noch keine gesetzliche Grundlage für Direktzugang

Der untenstehende Auszug aus dem fünften Sozialgesetzbuch zeigt, dass die momentane Gesetzeslage Modellvorhaben zu Blankverordnungen, nicht aber zum Direktzugang, zulässt – der letzte Satz schließt die „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ eindeutig aus. Ohne eine Gesetzesänderung kann es also keine Modellvorhaben zum Direktzugang geben.

Aus § 63 Abs. 3b SGBV:

Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Direktzugang zwischen Polarkreis und Down Under



Vergleiche zwischen Deutschland und anderen Ländern, in denen es einen Direktzugang zur Physiotherapie gibt, sind schwierig. An den Beispielen der Niederlande, Schwedens und Australiens zeigt sich: Die Rahmenbedingungen von Ausbildung und Sozialversicherungssystem sind von Land und Land äußerst unterschiedlich.

In der Diskussion um den Direktzugang von Patienten zu Heilmitteln – vor allem zur Physiotherapie – werden oft Länder wie die Niederlande, Schweden oder Australien als Positivbeispiele herangezogen. Doch die Regelungen dieser Länder lassen sich nicht einfach für Deutschland übernehmen, wie im Dezember auch die Bundesregierung in einer Antwort auf eine kleine Anfrage der Linken zum Direktzugang betonte ([up](#) berichtete).

Zu unterschiedlich seien die jeweiligen Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen, die Ausbildung und Sozialversicherungssysteme vorgeben. Die deutschen Verhältnisse müssten vermutlich erst auf eine ähnliche (oder auch ganz andere) Weise angepasst werden, um den Direct Access zu ermöglichen.

Niederlande: Patienten wählen, wer sie untersucht

In den Niederlanden haben Patienten seit 2006 die Möglichkeit, sich ohne ärztliche Überweisung von Physiotherapeuten untersuchen und behandeln zu lassen. Die erforderliche Gesetzesänderung ging mit einer groß angelegten Reform des Versicherungssystems einher. Patienten werden dabei verstärkt als „Kunden“ gesehen und sollen mehr Mitspracherecht bekommen, was ihre Leistungserbringer angeht.

Patienten wählen selbst: Entweder sie gehen wie gehabt zu einem Arzt und lassen sich, wenn dieser es für sinnvoll erachtet, Physiotherapie verordnen. Oder sie suchen eine Physio-Praxis auf für eine 10-minütige Voruntersuchung. Darin prüft der jeweilige

Therapeut, ob eine Physiotherapie angebracht ist. Wenn ja, bekommt der Patient einen Aufnahmetermin zur Anamnese und körperlichen Untersuchung. Wenn nicht, können Therapeuten Übungen oder einen Besuch beim Hausarzt empfehlen. Die Hausärzte wiederum erhalten in jedem Fall die Voruntersuchungsberichte – wenn die Patienten zustimmen.

In den Niederlanden erhält fast jeder eine verpflichtende gesetzliche Grundversicherung. Im normalen Versicherungs-Paket ist Physiotherapie allerdings nicht enthalten – nur, wenn Patienten unter bestimmten chronischen Erkrankungen leiden. Viele Menschen haben deswegen eine Zusatzversicherung für Physiotherapie oder zahlen privat. Anders gesagt: Sie sind ohnehin dazu angehalten, sich selbst Gedanken über Heilmittel zu machen.

Schweden: Steuerfinanzierte Therapie durch Bachelor-Physios

Das erste europäische Land, das den Direktzugang zur Physiotherapie etablierte, war Schweden. Ab 1997 durften Therapeuten erst in vier, dann in immer mehr schwedischen Provinzen ohne ärztliche Zuweisung behandeln. Allerdings herrschen in Schweden völlig andere Bedingungen hinsichtlich der Ausbildung: Im Jahr 1993 wurde ein dreijähriges universitäres Studium eingeführt, mit dem Abschluss Bachelor of Science in Physiotherapie. Der Studiengang vermittelt auch Inhalte wie Differenzialdiagnostik und interdisziplinäre Kommunikation, die Therapeuten zur Diagnostik befähigen sollen. Mittlerweile gibt es im ganzen Land Professuren für Physiotherapie und hunderte Physiotherapeuten mit Dokortitel.

Das schwedische Gesundheitssystem ist steuerfinanziert – es gibt also keine Krankenversicherung im eigentlichen Sinne. Alle Bürger zahlen über ihre Einkommenssteuer in den Gesundheitstopf ein. Wer kein Einkommen hat, aber dauerhaft in Schweden wohnhaft ist, erhält die Versorgung quasi kostenlos. Außerdem gibt es Selbstbeteiligungen für Arztbesuche und Medikamente. Über die Beteiligung an den Leistungen entscheiden die Landtage der Provinzen – Verhandlungen mit Krankenkassen gibt es somit keine.

Insgesamt ist die Grundversorgung für die Schweden sehr günstig – dafür haushaltet das System aber auch strenger mit seinen Ressourcen. Überweisungen an Fachärzte werden nur erteilt, wenn es wirklich nötig ist und die Wartezeiten sind lang. Aus dieser Situation heraus war es äußerst sinnvoll, auch die Physiotherapeuten im Direktzugang in die staatliche Gesundheitsversorgung einzubringen und so die Ärzte zu entlasten.

Australien: Direktzugang und Akademisierung seit den 70er Jahren

Eine noch deutlich längere Tradition haben die „First-Contact Practitioners“ in Australien. Bereits 1976 erlangten sie – gegen den Widerstand der Ärzte – das Recht, im Direktzugang zu behandeln. Auch hier ging die Entwicklung mit einer Professionalisierung und Akademisierung des Berufsstands einher. Die ersten Dokortitel in Physiotherapie wurden in Down Under schon Anfang der 70er Jahre verliehen. Dementsprechend können die Therapeuten

Tatsächlich gibt es nur wenige Länder, in denen der Direktzugang zur Physiotherapie so strikt untersagt ist wie in Deutschland. Vielerorts ist er zwar möglich, aber von den Sozialversicherungen nicht abgedeckt, funktioniert also nur mit Privatzahlung.

Das legt zumindest eine Studie aus dem amerikanischen Journal Physical Therapy aus dem Jahr 2013 nahe, die untersucht hat, wo auf der Welt es Direktzugang zur Physiotherapie gibt. Die Studie unterscheidet zwischen:

- ▶ Ländern mit keinem Direktzugang, zum Beispiel Deutschland, Österreich, Belgien, Japan
- ▶ Ländern mit Direktzugang nur im privaten Bereich, zum Beispiel die Schweiz, Frankreich, Polen, Kanada, Norwegen
- ▶ Länder mit Direktzugang auch im öffentlichen Bereich, zum Beispiel Schweden, Australien, Finnland, die USA und Großbritannien

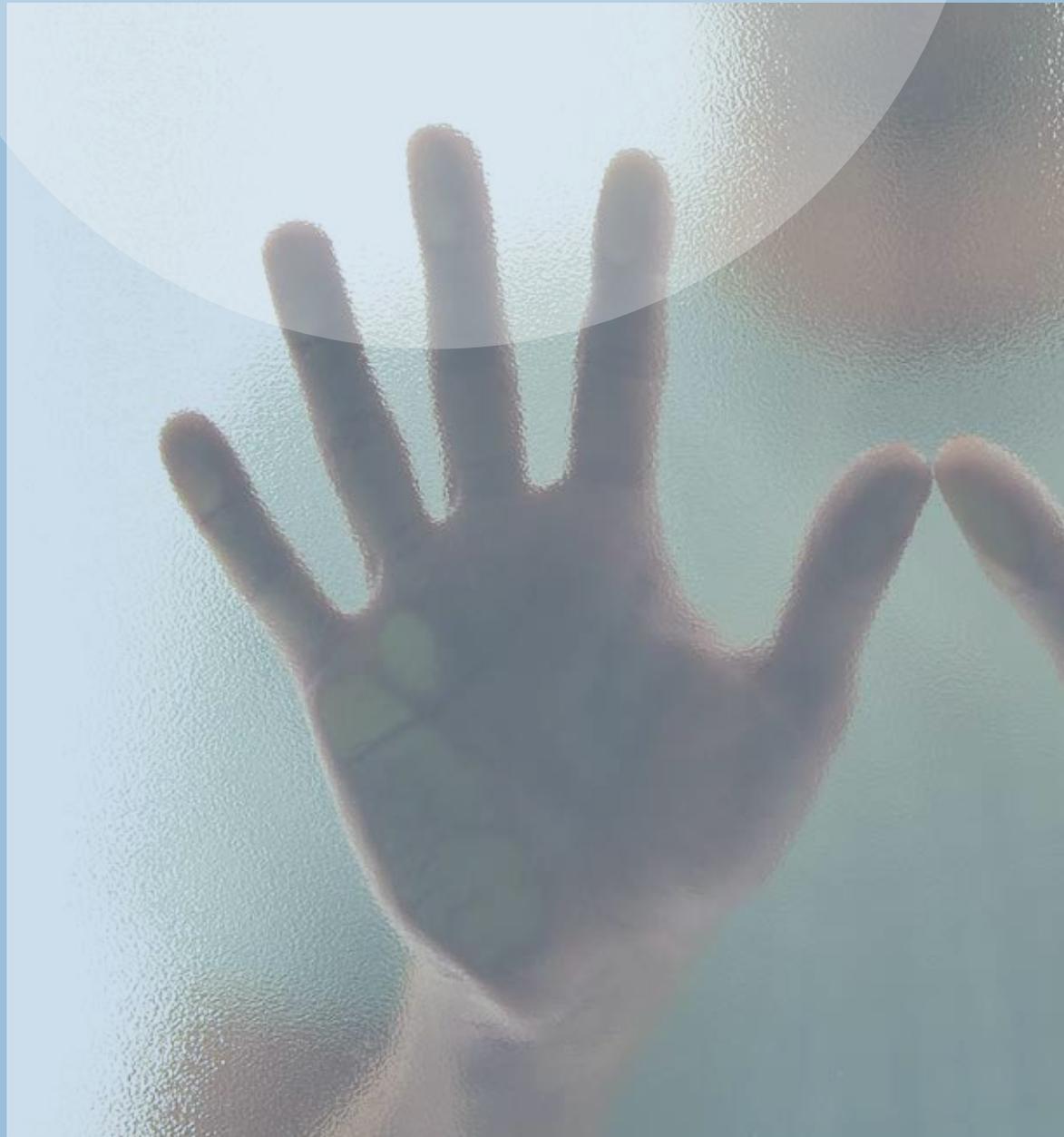
Den kompletten Physical Therapy-Artikel inklusive einer Übersichts-Weltkarte finden Sie hier kostenlos zum Download (im Originaltext auf Englisch):
<http://ptjournal.apta.org/content/93/4/449.full.pdf+html>

dort mittlerweile vier Jahrzehnte Forschung in berufspolitische Debatten einbringen.

In das australische System der Krankenversicherung sind die dortigen Therapeuten zudem weniger stark eingebunden. Die staatliche, beitragsfinanzierte Grundversorgung Medicare ist vergleichsweise günstig, enthält dafür aber bestimmte Leistungen nicht, wie zum größten Teil auch die Physiotherapie. Physiotherapie wird in Australien in der Regel durch private Zusatzversicherungen oder die Patienten selbst vergütet. Die Therapeuten sind folglich ziemlich autonom, es gibt weniger Vorgaben und verpflichtende Vereinbarungen – Honorare können sie zum Beispiel selbst bestimmen, der Berufsverband gibt lediglich unverbindliche Empfehlungen. ■

[bu]

z e h n



Gründe, warum Verbände unbedingt eine Therapeutenkammer brauchen



Wer glaubt, dass mit der Gründung von Therapeutenkammern die Verbände überflüssig werden, der irrt sich. Tatsächlich gibt es ziemlich gute Gründe für die Heilmittel-Verbände, sich für Therapeutenkammer einzusetzen – nicht nur, um Therapeuten besser vertreten zu können, sondern auch im eigenen Verbands-Interesse. Hier haben wir die zehn wichtigsten Gründe zusammengestellt, warum Verbände unbedingt eine Therapeutenkammer brauchen.



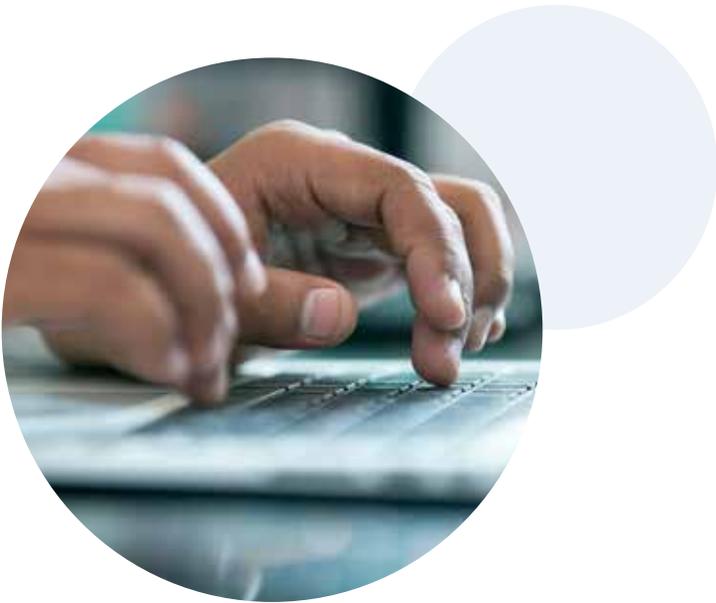
e i n s

Verbände brauchen rechtlich verbindliche Möglichkeiten, politisch mitzuwirken

Wenn in der Gesundheitspolitik eine Entscheidung vorbereitet oder getroffen wird, dann findet das ohne verbindliche Beteiligung der Therapeuten und deren Verbände statt. Natürlich haben Verbände oder auch einzelne Therapeuten über ihnen nahestehende Politiker die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. Das ist aber immer abhängig von persönlichen Kontakten, erfolgt also auf Good-Will-Basis und indirekt.

Therapeutenkammern müssen schon bei der Planung von Gesetzänderungen gehört werden. Als Körperschaften öffentlichen Rechts haben die Kammern die Aufgabe „zur Abgabe von Stellungnahmen zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen sowie Unterbreitung von Vorschlägen für alle den Berufsstand und die Berufsausübung betreffenden Fragen.“ (Beispiel aus dem schleswig-holsteinischen Kammergesetz)

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Über den öffentlich-rechtlichen Status der Kammer können die Verbände bei jeder die Therapieberufe betreffenden gesundheitspolitischen Änderung schon in einem sehr frühen Status mitsprechen und Einfluss nehmen.



z w e i

Verbände brauchen die Daten und Argumente

Wenn man heute einen Verband fragt, wie viele Therapeuten es denn so gibt, dann basiert die Antwort auf mehr oder weniger groben Schätzungen. Wenn insgesamt nur maximal ein Drittel aller aktiven Therapeuten überhaupt in Verbänden organisiert ist, dann reichen die eigenen Verbandszahlen nicht aus, um verlässliche Aussagen über die Therapie-Branche machen zu können.

Kammern wiederum führen ein Therapeutenregister und geben Heilberufe-Ausweise an die registrierten Mitglieder aus. Kammern wissen, wie viele Angestellte in welchen Praxen arbeiten, wie lange ein Patient auf Therapie warten muss und wie es um die Qualität der Therapie bestellt ist. Auch das sind Aufgaben, die eine Kammer für den Gesetzgeber durchführen muss. Dadurch ließen sich endlich verbindliche Aussagen darüber treffen, warum Therapeuten ein wichtiger Wirtschaftsfaktor sind und wie viele Arbeitsplätze durch die Therapiebranche geschaffen werden.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Verbände können bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit die Kammerstatistiken als belegte Quellen nutzen und Argumente mit deutlich glaubwürdigeren Informationen untermauern.



Verbände können sich auf ihre Kern-Aufgaben konzentrieren

Aktuell erledigen alle Verbände gleichzeitig durchaus ähnliche Verwaltungsaufgaben und leisten in verschiedenen Bereichen der Selbstorganisation Arbeit doppelt. Beispielsweise existiert so etwas wie eine einheitliche Berufsordnung nur jeweils innerhalb eines Verbands. Jeder Verband macht sich dazu seine Gedanken, organisiert Arbeitsgruppen und so weiter. Und all diese Aufgaben werden nur von den wenigen Therapeuten finanziert, die Mitglied in einem Verband sind.

Eine Kammer würde als übergeordnete Struktur die Grundaufgaben der Selbstorganisation erledigen. Durch die Pflichtmitgliedschaft in der Kammer werden die Kosten für jeden einzelnen Therapeuten niedriger und die Verbände können das Geld ihrer Mitglieder besser einsetzen. Innerhalb der Kammer können Verbände, wenn die Mitglieder das in einer regelmäßig stattfindenden Wahl erlauben, die Selbstverwaltung zentral organisieren und jeder Verband kann sich um das eigentliche Tagesgeschäft kümmern: zum Beispiel bessere Preise aushandeln und neue Versorgungsmodelle entwickeln.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Durch das Vermeiden von parallelen Organisationsabläufen sparen alle Verbände Geld, das genutzt werden kann, um die eigentlichen Ziele der Verbände zu erreichen.

← drei



Verbände brauchen eine demokratische Legitimation

Wer die Interessen einer Gruppe angemessen vertreten möchte, braucht ein entsprechendes Mandat dieser Gruppe. Welcher Verband könnte ernsthaft behaupten, er würde deutlich mehr als 15 Prozent aller Therapeuten vertreten? Wie ernst wird ein Verband genommen, wenn er die Interessen einer nur sehr geringen Zahl von Therapeuten vertritt?

Eine Kammer vertritt durch die Pflichtmitgliedschaft sämtliche Mitglieder ihres Berufsstands in der Region, für die sie zuständig ist. Sie führt regelmäßig Wahlen durch, bei denen alle Therapeuten der Kammer den Kammervorstand wählen können. Der Kammervorstand kann durchaus auch mehrere Mitglieder haben, die gleichzeitig in Verbänden aktiv sind. Wenn eine Kammer über ihren Vorstand die Interessen der Mitglieder vertritt, dann kann niemand diesen Vertretungsanspruch in Frage stellen.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Verbände können ihren Vertretungsanspruch für die Therapeuten viel besser legitimieren, als das heute der Fall ist.

← vier



fünf ➡

Verbände wollen endlich angemessene Privatpreise

Die Höhe der Privatpreise ist seit Jahren ein kritischer Punkt. Die Verbände scheuen sich davor, einheitliche Privatpreise abzusprechen. Denn das Kartellamt hat signalisiert, dass man einer solchen Preisabsprache schnell einen Riegel vorschieben würde. Nur: Wie sollen die Preise dann jemals steigen?

Therapeutenkammern können dem Gesetzgeber einheitlich Gebührenordnungen vorschlagen und bei Streitigkeiten gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit einer Privatliquidation abgeben, so wie das heute die Ärztekammern machen.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Endlich können sich alle Verbände unter dem Schutz der Kammer absprechen und dafür sorgen, dass die Privatpreise steigen.



sechs ➡

Verbände wollen, dass das Geld in der Branche bleibt

Therapeuten, die mehr machen als nur Therapie, werden zwangsläufig Mitglied in der Industrie- und Handelskammer (IHK). An die müssen sie Mitgliedsbeiträge zahlen und erhalten dafür wenig Gegenleistung. Vertreten kann die IHK die Therapeuten kaum – wer kennt sich dort schon mit Therapie und dem Umfeld von Therapie aus? Therapeuten-Verbände spielen im Umfeld der IHKs keine Rolle, werden also auch nicht als Interessenvertreter wahrgenommen.

Wenn das Geld, das heute an die verschiedenen IHKs fließt, an die Therapeutenkammern gezahlt wird, dann haben die Kammern vermutlich schon einmal eine gute Anschubfinanzierung. Das Geld bleibt im Bereich der Therapie, die Interessen der Therapeuten können besser vertreten werden und der Abfluss der Beiträge an eine unbeteiligte IHK wird gestoppt.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Die Gelder fließen nicht mehr an die IHK ab, sondern können genutzt werden, um die Interessen der Therapeuten auch über die Verbände besser zu vertreten.

Verbände brauchen eine starke politische Lobby

Der größte Zusammenschluss der Heilmittelverbände umfasst genau vier Verbände, drei Physiotherapie- und einen Ergotherapieverband. Selbst diese vier sind sich häufig nicht einig und vertreten nach Außen durchaus unterschiedliche Positionen. Bei Anhörungen (zum Beispiel zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie) kann es passieren, dass vier verschiedene Sprachtherapie-Verbände im schlimmsten Fall vier unterschiedliche Standpunkte einnehmen. Diese „Mehrstimmigkeit“ der Therapeuten verschlechtert die Wahrnehmung ihrer Positionen. „Werdet Euch doch erst mal einig!“ ist die Erklärung manch eines Gesundheitspolitikers, der nicht bereit ist, etwas zu ändern.

In der Vollversammlung einer Therapeutenkammer ist Platz für die Diskussion unter den Delegierten, die auch die unterschiedlichen Standpunkte der verschiedenen Verbände kennenlernen und bewerten sollen. Dann ringen die Delegierten sich zu einem Standpunkt durch, der nicht jedem gefallen muss, der aber einheitlich und gemeinsam vertreten werden kann - sodass die Politik weiß, was zu tun ist.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Die Auseinandersetzung um die „richtige“ Position wird unter Therapeuten ausgetragen. Der gemeinsame Beschluss wird gemeinsam nach außen getragen – alle ziehen an einem Strang!

Verbände brauchen Kammern zur Kommunikation mit den Patienten und Ärzten

Öffentlichkeitsarbeit kann kaum ein Verband in akzeptablem Umfang machen. Wo bleibt die großangelegte Imagekampagne zur Heilmittel-Therapie? Sie bleibt wohl erst einmal ein Traum, denn kein Verband verfügt über die nötigen Mittel, um mehr als ein paar Plakate und Handzettel zu drucken. Auch, wenn etwa die örtliche KV die Ärzte fehlinformiert – Verbände richten dagegen relativ wenig aus.

Wie gute Kampagnen gemacht werden, lässt sich bei den Ärztekammern beobachten. Kammern verfügen zum einen über das notwendige Budget. Zum anderen macht es für eine regionale Kammer auch tatsächlich Sinn, eine Imagekampagne in ihrer Region zu starten. Und wenn die KV wieder einmal seltsame Informationen verbreitet, kann der Vorstand der Therapeutenkammer das Problem mit dem Vorstand der KV auf Augenhöhe besprechen.

Vorteil für die Verbände durch die Kammern: Kommunikation mit Patienten und Ärzten wird im Rahmen der Kammer einfacher, umfassender und für die einzelnen Verband billiger.

← sieben



← acht



neun

Verbände brauchen auch in zehn Jahren noch eine Zielgruppe

Der Trend hin zu Ketten nimmt deutlich zu, sei es im Fitnessmarkt oder bei Ärzten. So lässt sich heute schon ein deutlicher Anstieg von MVZs beobachten, von denen einige auch in der Hand von Investoren liegen. Während es aber bei Ärzten und Apothekern relativ strenge Regeln gibt, die die Übernahme einer ganzen Branche durch Investoren verhindern, sieht das im Therapie-Markt ganz anders aus. Hier gibt es keine Regelungen, die Klinik-Ketten die Gründung von Praxis-Ketten verbieten – und solche Ketten werden sicher keine Verbände brauchen.

Verkammerte Berufe sind relativ gut dagegen geschützt, von Ketten und Finanzinvestoren geschluckt zu werden. Eine Therapeutenkammer stärkt etwa den Status von freiberuflichen Praxen in Einzelbesitz. Solche Praxen werden auch in Zukunft einen Bedarf für die Leistungen von Verbänden haben.

Vorteil für die Verbände durch Kammern: Der Schutz der freiberuflichen Praxis durch die Kammer sichert den Verbänden ihre zukünftigen Mitglieder.



zehn

Verbände wollen die Qualität von Therapie auf hohem Niveau bestimmen

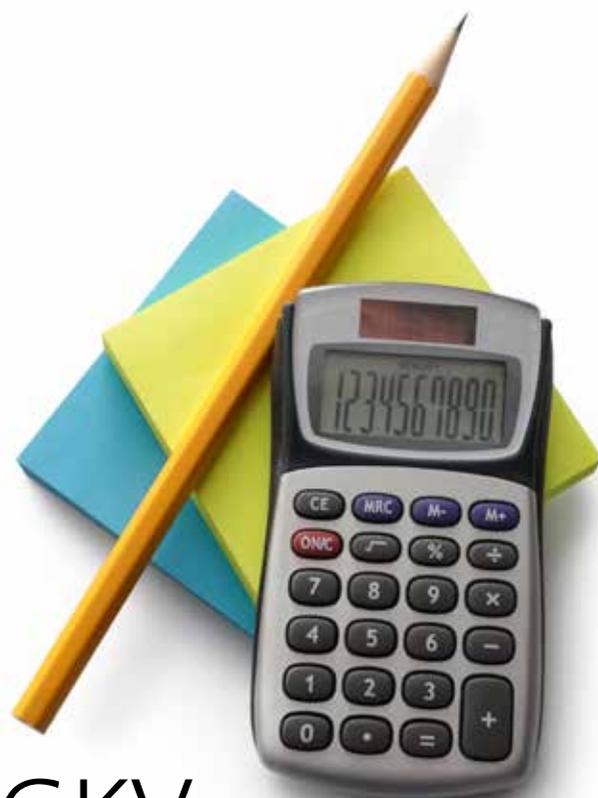
Stellen wir uns vor, Juristen und Verwaltungsfachangestellte bestimmen darüber, was gute Therapie ist. Unvorstellbar? Nein, bittere Realität: Die Krankenkassen bestimmen über die Rahmenempfehlungen – unter Berücksichtigung der geltenden Gesetze, die die Kennzeichen von Qualität im Heilmittelbereich festlegen. Wer schon mal einen Blick in seinen Rahmenvertrag geworfen hat, weiß, was damit gemeint ist. Bei den sogenannten „Verhandlungen“ über den Rahmenvertrag stehen die Verbände vor dem Dilemma, dass Kassen Bedingungen zeitweise beinahe diktieren, sich dabei auf vermeintliche Rechtsvorschriften berufen und über die Vergütungshöhe zusätzlichen Druck ausüben können.

Über Therapiequalität sollten aber die Therapeuten selbst bestimmen. Dazu bekommt die Therapeutenkammer den entsprechenden gesetzlichen Auftrag. Die Kammer legt im Rahmen der geltenden Gesetze fest, was Qualität für Therapeuten bedeutet und wie man sie sinnvoll erreichen kann. Verbände können sich in den Verhandlungen endlich auf Vergütungsfragen konzentrieren und dafür sorgen, dass mehr Honorar gezahlt wird.

Vorteil für die Verbände durch Kammern: Wer, wenn nicht die Therapeuten selbst können am besten bestimmen, was Therapiequalität ist. Verbände können mit Hilfe der Kammer viel besser über Vergütungen verhandeln. ■

[bu]





Abrechnungstipp GKV

Keine Kürzung bei fehlender Genehmigung

Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind begründungspflichtig. Eigentlich muss die zuständige Krankenkasse sie erst genehmigen. Die überwiegende Mehrheit der Kassen verzichtet aber auf diese Genehmigungspflicht. Mitunter verlangen Kassen plötzlich wieder Genehmigungen – und machen das nicht richtig bekannt. Praxen müssen sich in einem solchen Fall Kürzungen nicht gefallen lassen.

Die IKK Classic und die IKK Nord setzen gerade vermehrt Heilmittel-Verordnungen von Ergotherapeuten und Logopäden ab. Beide Kassen haben seit dem 1.7.2015 das Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls wieder eingeführt. Informiert haben sie darüber nur KVen, GKV-Spitzenverband und die betreffenden Verbände, nicht die einzelnen Praxen.

Um zu begründen, warum diese Kürzungen durch die IKK unberechtigt sind, betrachten wir zunächst die Grundregeln zum Thema Genehmigungspflicht aus der Heilmittelrichtlinie:

- ▶ Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ist besonders zu begründen (med. Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls) und ist der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. (§ 8 Abs. 4, Satz 1 HeilM-RL)
- ▶ Nach Vorlage der Verordnung durch den Patienten übernimmt die Kasse die Kosten des Heilmittels bis zu einer Entscheidung. (§ 8 Abs. 4, Satz 2 HeilM-RL)

- ▶ Die meisten Krankenkassen haben auf das Verfahren zur Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichtet. Dann gilt die Verordnung automatisch als genehmigt und muss von der Krankenkasse bezahlt werden. (§ 8 Abs. 4, Satz 3 HeilM-RL)

- ▶ Über den Genehmigungsverzicht informiert die Krankenkasse die Kassenärztliche Vereinigung. (§ 8 Abs. 4, Satz 4 HeilM-RL)

Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung informiert also den verordnenden Arzt darüber, ob er die Verordnung genehmigen lassen muss oder nicht. Diese Information kann der Arzt dem Patienten dann weitergeben. Patienten müssen – falls erforderlich – die Verordnung zur Genehmigung bei der Kasse vorlegen und sind somit auch für das gesamte Verfahren verantwortlich. Therapeuten werden in diesem Zusammenhang überhaupt nicht erwähnt, geschweige denn in Verantwortung genommen.

Verträge ohne Genehmigungspflicht

Ein Blick in die Rahmenempfehlungen bestätigt diese Einschätzung: In allen Rahmenempfehlungen findet sich im Abschnitt „Verordnungen“ folgende Regelung: „Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem besonderen Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung ▶



im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.“ Kein Wort darüber, wer die Verordnung bei der Krankenkasse vorlegen soll. Auch in den Rahmenverträgen findet sich keine Passage, die Therapeuten verpflichtet, Verordnungen außerhalb des Regelfalls der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Nur die Rahmenempfehlungen der Logopäden enthalten den Passus: „Verzichtet eine Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL oder nimmt sie einen ausgesprochenen Genehmigungsverzicht zurück, informiert sie die Partner dieser Rahmenempfehlung hierüber.“ Diese Regelung wirft allerdings mehr Fragen auf, als sie beantwortet:

- ▶ Nicht alle therapeutischen Vertragspartner der Krankenkasse sind auch Mitglied in einem Verband. Wie soll eine Praxis dann von der Änderung der Genehmigungspraxis erfahren?
- ▶ Selbst wenn alle Praxen Verbandsmitglieder wären – ist es dem Verband zuzumuten, jedes Mal alle Mitglieder zu informieren, wenn eine Kasse das Genehmigungsverfahren ändert?
- ▶ Was passiert, wenn die Kasse einen Verband zwar angeschrieben, der aber seine Mitglieder über das geänderte Genehmigungsverfahren nicht informiert hat? Soll der Verband jetzt für die abgesetzten Rezepte aufkommen? Auf eine solche Regelung wird sich wohl kaum ein Verband einlassen.

Der Passus über die Informationsweitergabe ist also zwar vorhanden, aber vollkommen wirkungslos. Er präzisiert nicht, wie die Verbände mit der erhaltenen Information verfahren sollen.

Zahlungsabzug ohne Grundlage

Es gibt also **absolut keine** Rechtsgrundlage für die Krankenkassen, eine Heilmittelverordnung aufgrund einer fehlenden Genehmigung nicht zu bezahlen.

Darüber hinaus haben die IKKen wirklich schlecht kommuniziert: Bei einer Recherche auf den Seiten des GKV-Spitzenverbands am 15. Januar 2016 wird immer noch gemeldet, die IKK Classic verzichte auf das Genehmigungsverfahren. Die Seiten von KV Nordrhein und KV Baden-Württemberg vermelden ebenfalls am 15. Januar 2016 für die IKK Classic einen Genehmigungsverzicht. Für die IKK Nord gibt der GKV-Spitzenverband korrekt an, dass der Genehmigungsverzicht ab dem 1.7.2015 ausläuft, während die KV Nordrhein für die IKK Nord weiter einen Genehmigungsverzicht vermerkt.

Wenn KVen und GKV-Spitzenverband nicht einheitlich oder falsch informieren, kann deswegen nicht einer Therapiepraxis das Honorar gestrichen werden. Praxen sollten sich also unbedingt gegen jede diesbezügliche Kürzung zur Wehr setzen und mit den oben genannten Argumenten schnell vor das Sozialgericht ziehen. ■

[bu]

Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen

Abrechnen mit Krankenkassen ohne Geld zu verschenken – eine sichere Sache!

Egal wie viele Stempel und Unterschriften Sie sich von den verordnenden Ärzten auf die Verordnungsvordrucke geben lassen, die Abrechnungsstellen der Krankenkassen finden immer wieder neue Gründe, ungerechtfertigt die Rechnung zu kürzen. Seit dem Inkrafttreten der Neufassung der HeiM-RL am 1. Juli 2011 hat der Abrechnungsstress bei den meisten Praxen deutlich zugenommen. Jede noch so kleine Formalie muss eingehalten werden, die Abrechnungs-Bürokratie ufert mehr und mehr aus. Das muss aber nicht sein, denn, wenn man die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen kennt, geht die Abrechnung plötzlich deutlich leichter.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar setzen Sie einfach Ihre Abrechnung bei der Krankenkasse durch

- ▶ Endlich mehr Sicherheit beim Verordnung-Check
- ▶ Sie kennen die vertragsrechtlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kassenabrechnung
- ▶ Sie lernen, wie man nie wieder einen Cent Zuzahlung verliert
- ▶ Sie nutzen Musterbriefe, um ungerechtfertigten Rechnungskürzungen zu widersprechen
- ▶ Sie erweitern Ihren Spielraum beim Ergänzen von Heilmittel-Verordnungen

Nach diesem interessanten Semintag werden Sie gut motiviert in die nächste Abrechnung gehen – und sich nie wieder über Absetzung ärgern, sondern endlich Ihren Standpunkt erfolgreich verteidigen!

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag und leichte Pausenverpflegung



Referent Ralf Buchner

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden. Vor 30 Jahren die erste Praxisgründung im familiären Umfeld, heute als Geschäftsführer der Buchner & Partner GmbH immer unterwegs, um mit vielen zehntausend Kunden seinen Erfahrungsschatz hinsichtlich einer angemessenen Vergütung für Therapie zu teilen.

Termine

14.02.2016 in Hamburg

13.04.2016 in Hamburg

06.07.2016 in Berlin

02.12.2016 in München

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 199,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 199,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Bernhard Keller
Physiotherapeut
Müstenweg 00 · 24114 Kiel
Tel: 0431 - 80 80 80

Unterschrift Kunde/Zahlungspflichtiger *F. Jery*

Diese Angaben werden von der Praxis ausgefüllt.

Name der Praxis *Ergo Zentrum*

Anschrift *Kronshagener Weg 130a*

Gläubiger-ID (CI) *DE02 ZZZ 01234567890*

Mandatsreferenz (z. B. Vertrags- od. Rechnungsnummer) *26.02.2014-Zahlung-Anette Krueger*

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die oben genannte Praxis Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Praxis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname) *Haagen, Franz*

Adresse *Hafenstraße 12*

Kreditinstitut (Name und BIC)* *Förde Sparkasse* *NOLADE21KIE*

IBAN *DE23210501701009876543*

Ort, Datum *Kiel, d. 19. 02. 2015*

Unterschrift (Kontoinhaber) *F. Jery*

Datenschutzhinweis:
Wir speichern die zur Abrechnung notwendigen Daten in unserer EDV bzw. unserem Rechenzentrum.

© 2009 by buchner www.buchner-shop.de · Tel. 0800 5999 666 gebührenfrei

ID-Nr: 01811VER00040471506

Best.-Nr. 01811

Abrechnungstipp PKV

Fälligkeit der Vergütung vor der Behandlung vereinbaren

Jede Praxis will Privatpatienten behandeln, aber niemand will mit Privatpatienten diskutieren – am allerwenigsten darüber, wann die Therapierechnung gezahlt werden muss. Mit ein bisschen Vorbereitung können Sie Diskussionen vermeiden und das Geld pünktlich auf dem Konto verbuchen.

Der Anspruch auf Vergütung von Leistungen eines Physio-, Ergotherapeuten oder Logopäden ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag, der gemäß § 630a BGB zustande kommt. Sinnvollerweise regelt der Vertrag auch das Zahlungsziel, also die Frist, innerhalb der der Patient die Rechnung des Therapeuten bezahlen muss. Wenn im Vertrag jedoch nichts geregelt ist, greift das BGB, in diesem Fall der § 614. Dieser besagt, dass die Vergütung nach der Leistung der Dienste zu entrichten ist. Im Klartext bedeutet das: Der Therapeut muss erst die Leistung erbringen. Danach wird die Zahlung durch den Patienten sofort fällig. Im Prinzip müsste der Patient also nach jeder Sitzung direkt in der Praxis die Behandlung bezahlen.

Doch das ist nicht wirklich eine Lösung. Gerade Privatpatienten werden nicht müde zu betonen, dass sie erst die Erstattung der Kasse abwarten müssten, bevor sie zahlen könnten. Und nur wenige Therapeuten haben Lust darauf, nach jeder Behandlung eine Abrechnung durchzuführen. Also schreibt die Praxis eine Gesamtrechnung und hofft, dass das Geld zeitig kommt.

Der Zahlungseingang können Sie beschleunigen, indem Sie vor

Behandlungsbeginn die rechtlichen Rahmenbedingungen einmal kurz erklären: Das BGB legt fest, dass sofort nach der Behandlung gezahlt wird – doch in dieser Praxis sei man so kulant, den Gesamtbetrag erst am Tage der letzten Behandlung vollständig zu berechnen. Allerdings würde dann auch eine sofortige Zahlung erwartet.

Dem jetzt umgehend folgende Einwand des Privatpatienten, es müsse ja wohl auch ein angemessenes Zahlungsziel geben, können Sie sofort die folgende Rechnung entgegenen: Bei einem 10er Rezept mit einer Behandlung pro Woche ergibt sich im Schnitt ein Zahlungsziel für die Gesamtsumme von immerhin 5 Woche! Das dürfte deutlich länger sein als in den meisten anderen Branchen.

Manche Patienten führen dann Vergleiche mit Ärzten oder Zahnärzten an – wer in diese Debatte einsteigen, will entgegnet einfach: „Moment, ich korrigiere mein Honorar noch einmal in ärztliche Einkommenshöhe, dann dürfen Sie gerne auch später zahlen!“

Wichtig ist, dass Sie den Ankündigungen auch Taten folgen lassen: Rechtzeitig zur letzten Behandlung muss die Rechnung vorliegen. Sie sollten dann nicht mehr fragen „ob“, sondern „wie“ Patienten bezahlen: „Bar oder mit Karte?“ Diese Frage können Sie vollständig vermeiden, wenn Sie im Behandlungsvertrag ein SEPA-Lastschriftmandat vereinbart haben. Dann buchen Sie den Betrag ganz einfach vom Konto des Patienten ab. ■ [bu]

Privatpreise ohne Diskussion

Schluss mit der Diskussion über „übliche“ Preise – lassen Sie sich angemessen bezahlen!

Wer Therapie für Privatpatienten anbietet, muss sich überlegen, welchen Preis er für seine Leistung verlangen will. Denn im Gegensatz zur Situation beim Arzt oder beim Zahnarzt gibt es für Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten keine amtliche Gebührenordnung. Aus diesem Grund muss der Preis zwischen Therapeut und Privatpatient frei verhandelt werden. Doch oft ist es den Privatpatienten ganz egal, was sie im Honorarvertrag unterschrieben haben, wenn die PKV nicht erstattet, dann wollen die Privatpatienten auf keine Fall privat zahlen. Die beihilfefähigen Höchstsätze seien schließlich der „übliche“ Preis argumentieren PKV und die Privatversicherten und versuchen immer wieder die Preise für erstklassige Therapie zu drücken!

Ihr Nutzen

In diesem Seminar erfahren Sie...

- ▶ warum die beihilfefähigen Höchstsätze nicht kostendeckend sind
- ▶ wie die meisten Heilmittelerbringer in Deutschland ihre Preise kalkulieren.
- ▶ der richtige Vertrag für jede Art von Privatpatient.
- ▶ wie Sie verhindern können, dass Privatpatienten weniger dazu bezahlen müssen als Ihre Kassenpatienten.
- ▶ warum das Zahlungsziel bei Privatpatienten immer zu lang ist.
- ▶ wie man Mahnungen grundsätzlich vermeiden kann.

Erfüllen Sie die hohen Ansprüche Ihrer Privatpatienten und lassen Sie sich dafür angemessen bezahlen! Diskutieren Sie nie wieder nach der Behandlung über die Kostenerstattung der PKV, sondern freuen Sie sich darüber, dass die Privatpatienten direkt bei der letzten Behandlung bezahlen. Denn alles, was Sie dazu wissen müssen, erfahren Sie an diesem spannenden Seminartag zum Thema Privatpatient.

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag und leichte Pausenverpflegung



Referent Ralf Buchner

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden. Vor 30 Jahren die erste Praxisgründung im familiären Umfeld, heute als Geschäftsführer der Buchner & Partner GmbH immer unterwegs, um mit vielen zehntausend Kunden seinen Erfahrungsschatz hinsichtlich einer angemessenen Vergütung für Therapie zu teilen.

Termine

13.02.2016 in Hamburg
04.03.2016 in Stuttgart

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 199,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 199,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.



Raus aus den Verträgen

Online-Kündigungsdienste

Verschiedene Portale im Internet bieten an, Verträge aller Art für ihre Nutzer zu kündigen – vom Mobilfunk-Vertrag über die BahnCard bis zur Betriebshaftpflichtversicherung. Privatleute und Kleinunternehmer wie Praxisinhaber sparen sich so den Aufwand, selbst eine rechtskräftige Kündigung zu verschicken. Zudem lassen sich mit einigen der Plattformen Übersichten über laufende Verträge erstellen und Erinnerungen einrichten.

Hinter dem Alltag der meisten Menschen – und auch einer jeden Heilmittel-Praxis – ist ein Netz aus Verträgen gesponnen: Mobilfunk, Telefon und Internet, Strom und Heizung, Versicherungen, BahnCard, Netflix, Fitnessstudio, Mitgliedschaft in Parteien, Vereinen und Clubs. Für Praxisinhaber kommen da vielleicht noch der Vertrag mit der Reinigungsfirma dazu und das Leasing des neuen Dienstwagens. Schnell geht der Überblick darüber verloren, wie viele Verträge gerade gelten und wie viel Geld dafür monatlich vom Konto abgeht – ganz zu schweigen von den Kündigungsfristen.

Viele Anbieter legen es zudem nicht gerade drauf an, dass ihre Dienste leicht abzubestellen sind. An welche Adresse welche Angaben über welchen Kanal geschickt werden sollten, müssen Kündigungswillige teilweise erst mühsam im Kleingedruckten recherchieren. Die Alternative ist viel bequemer: Einfach abwarten, bis sich der Vertrag automatisch verlängert und die ungünstigeren Bedingungen hinnehmen.

Kündigungsdienste sind gleichzeitig Vergleichsportale

Auf dieser Problematik fußt das Geschäftsmodell sogenannter Kündigungsdienste. Sie helfen dabei, Verträge rechtzeitig und rechtssicher aufzulösen. Die Online-Portale nehmen es ihren

Nutzern ab, selbst ein Kündigungsschreiben aufzusetzen und übernehmen, je nach Anforderung, die nötigen Mails, Briefe oder Faxe. Außerdem schlagen sie Alternativen vor und vergleichen verschiedene Anbieter, zum Beispiel von Mobilfunk-Verträgen und Kfz-Versicherungen. Die Suche nach Alternativen ist aber immer auf die Datenbank der Plattformen beschränkt – wer selbst recherchiert, findet unter Umständen bessere Angebote.

Das vielleicht nützlichste daran: Einige der Dienste erstellen eine Übersicht über laufende Verträge und versenden Erinnerungen, bevor Fristen verstreichen. Das ermöglicht es, die Laufzeiten und Kündigungsfristen über den Browser jedes Computers und Smartphones einzusehen. Die Zusammenstellungen und Erinnerungen können eine Heilmittel-Praxis beispielsweise davor bewahren, zu spät den überkauften DSL-Anbieter zu wechseln und so noch einmal zwei Jahre zu viel Geld für eine langsame Internetverbindung zu bezahlen.

Diese Dienste garantieren Datenschutz

Das Online-Verbraucher-Magazin Finanztip hat im Oktober 2015 acht Kündigungsdienste getestet und dabei die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und Datenschutzbestimmungen durchleuchtet sowie juristisch geprüft. In ihrem Testbericht empfehlen die Experten drei der Dienste: Diese machten eindeutige Angaben zum Datenschutz und garantierten, Daten nicht zu Werbezwecken weiterzugeben.

Die Kündigungsdienste unterscheiden sich auch bezüglich ihrer Funktionen. Die Portale Aboalarm und Volders eignen sich jeweils dazu, die Verträge einer Therapeuten-Praxis im Blick zu behalten. Die Informationen dazu müssen Therapeuten natürlich erst einmal selbst aus ihren Unterlagen entnehmen. Alle der drei Plattformen stehen im Ruf, Kündigungen schnell und zuverlässig abzuwickeln und vertrauensvoll mit Kundendaten umzugehen.

Hier ein Überblick über die von Finanztip empfohlenen Dienste:

Aboalarm gibt es seit 2009. Das Portal ist der älteste der Kündigungsdienste. Es hat die größte Datenbank verschiedener Tarife

für Vergleichsangebote. Nutzer zahlen für den Versand von Vertragskündigungen per Fax: über die Aboalarm-Smartphone-App 0,99 Euro, über den Webservice je nach Zahlungsart 2,49 Euro (PayPal, Amazon, Kreditkarte) oder 3,49 Euro (Lastschrift, Handypay). Eine Anmeldung auf der Website ist nicht nötig. Außerdem können Nutzer Vertragsbeginn, Laufzeit und Kündigungsfrist eingeben – Aboalarm berechnet dann die Frist und erinnert rechtzeitig daran. Eine Übersicht zeigt alle bereits gekündigten Verträge und Erinnerungen.

mehr: www.aboalarm.de

Volders nimmt für sich in Anspruch, ein „digitaler Vertragsordner“ zu sein. Nutzer können sich kostenlos registrieren und ihre Verträge in ihr Profil einspeisen. Auf der Website erscheint dann eine Auflistung der Verträge mitsamt deren Laufzeiten. Vor dem Ablaufen von Kündigungsfristen wird der Nutzer gewarnt. Wer möchte, kann sich Vergleichsangebote anzeigen lassen und mit wenigen Klicks zum nächstmöglichen Zeitpunkt den Anbieter wechseln. Gegen eine Gebühr (Brief: 2,50 Euro, Einschreiben: 5,00 Euro, Fax: kostenlos) verschickt Volders dann fristgerecht die Kündigung.

mehr: www.volders.com

Kündigen.de ist im Grunde eine Datenbank für Kündigungsschreiben gegenüber bestimmten Organisationen – Mobilfunk-Anbietern, Versicherungen, Zeitungsverlagen und so weiter. Die Downloads sind kostenlos. Soll Kündigen.de selbst einen Brief mit dem Kündigungsschreiben verschicken, können Nutzer das dazugehörige Formular im Browser ausfüllen und zahlen 1,99 Euro für den Service. Erinnerungen und Vertragsübersichten gibt es hier nicht.

mehr: www.kundigen.de

Den vollständigen Testbericht von Finanztip lesen Sie hier: <http://www.finanztip.de/kuendigungsdienste> ■

[bu]

Arbeitsvertrag für mitarbeitende Ehepartner

Praxistipp

Wenn Praxisinhaber ihre Ehepartner in der Praxis mitarbeiten lassen, kann das steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Vorteile haben. Dazu muss aber ein Arbeitsvertrag bestehen, der mit Verträgen anderer Arbeitnehmer vergleichbar ist.

Es ist durchaus auch für Therapiepraxen denkbar, den eigenen Ehepartner im Betrieb mitarbeiten zu lassen – so wie in vielen kleinen und mittelständischen Unternehmen. Partner, die keine Therapeuten sind, können etwa an der Rezeption aushelfen oder in der Buchhaltung. Dabei stehen ihnen dieselben Rechte und Begünstigungen zu wie anderen Arbeitnehmern – wenn ein gültiger, am besten schriftlicher Arbeitsvertrag besteht. Das betont der Norddeutsche Unternehmensverband AGA in seiner Broschüre „Ehegatten-Arbeitsverhältnis“.

Voraussetzungen für das Arbeitsverhältnis

Finanzamt und Sozialversicherungsträger erkennen einen solchen Vertrag nur an, wenn er einem sogenannten Fremdvergleich standhält. Er muss bestimmte Regelungen beinhalten, die auch ein Vertrag mit Fremden treffen würde. Dazu gehören unter anderem Vertragslaufzeit, Art und Umfang der Tätigkeit, Arbeitszeiten, Vergütung und Urlaubstage. Außerdem muss eine „Ernsthafte Vereinbarung“ vorliegen, das Arbeitsverhältnis darf nicht nur zum Schein bestehen.

Beide Partner müssen zudem die Vereinbarung tatsächlich durchführen – der Ehepartner also im Betrieb mitarbeiten und der Unternehmer einen Lohn auf ein Privatkonto seines Partners überweisen. Die „angemessene“ Vergütung darf dabei unter Umständen höher sein als die anderer Arbeitnehmer. Das müssen Praxischefs dann aber gegenüber den Behörden etwa durch ein besonderes Vertrauensverhältnis oder längere Arbeitszeiten rechtfertigen – und es natürlich unter Umständen Mitarbeitern erklären, die sich ungerecht behandelt fühlen.

Achtung: Ist im Ehevertrag eine Gütergemeinschaft vereinbart, gehört der Betrieb zum gemeinsamen Gesamtgut – dann kann der Ehepartner Mitunternehmer, aber nicht Arbeitnehmer sein.

Vorteile bei Steuern und Versicherung

Die AGA-Broschüre nennt auch einige Vorteile des Arbeitsvertrags: So besteht damit für mitarbeitende Ehepartner zum Beispiel Versicherungsschutz in der Sozialversicherung. Die Altersvorsorge kann über die betriebliche Altersversorgung verbessert werden. Durch vermögenswirksame Leistungen und Pauschalversteuerung können sich steuerliche Vorteile ergeben. Der Unternehmer wiederum kann die Bezüge seines Partners und die Abgaben darauf als Betriebsausgaben absetzen und so an der Gewerbesteuer sparen. ■

[mk]

Die Vereinbarung muss tatsächlich durchgeführt werden – also im Betrieb mitarbeiten und Lohn auf ein Privatkonto des Partners überweisen



Rezeption - Ort der Entscheidung

Kunden binden und Geld verdienen durch eine gut organisierte Rezeption

Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance. Professionelles Auftreten kann dabei nicht hoch genug geschätzt werden. Die Rezeption ist Dreh- und Angelpunkt in Ihrer Praxis und Ihre Visitenkarte. Die Rezeptionsfachkraft ist der erste Ansprechpartner Ihrer Patienten. Gründe genug für Ihre Mitarbeiter, sich gut vorzubereiten und selbstsicheres Auftreten zu üben, um Pannen und Fehlern vorzubeugen, auf Beschwerden souverän zu reagieren und die Praxisorganisation professionell und effizient zu gestalten.

Ihr Nutzen

Nach dem Seminar haben Sie im Blick ...

- ▶ Geld verdienen (Terminplanung, Zuzahlungen und Ausfallgebühren)
- ▶ Effizienzsteigerung durch geplante Arbeitsabläufe
- ▶ Kundenbindung auch bei "schwierigen" Patienten
- ▶ souveräner Umgang bei Reklamationen/Beschwerden

Zielgruppe

Rezeptionsfachkräfte und Therapeuten, die Rezeptionsaufgaben übernehmen

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation
Praxistipps für den Praxisalltag
und leichte Pausenverpflegung



Referentin Brigitte Harste

Brigitte Harste, Geschäftsführerin UBH, seit Jahren im Organisationskomitee von Therapiekongressen, dabei viel Erfahrungen an der „Rezeptionsfront“, ist erfahrene Referentin und Trainerin mit Spezialisierung auf Kommunikationstraining für beratende Berufe. Seit Jahren familiär eng verwoben mit der Therapiebranche, kennt sie die Abläufe in Therapiepraxen, weiß ganz genau um Fallen und Möglichkeiten in der Kommunikation mit Patienten und zeigt ihren Teilnehmern immer wieder Wege auf, wie sie noch einfacher auf Verhalten und Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten Einfluss nehmen können.

Termine

29./30.04.2016 in Köln
03./04.06.2016 in Erfurt
08./09.07.2016 in Berlin

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 329,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 329,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Steuerbonus für den Betriebsausflug

Viele Praxen stärken mit einem Betriebsausflug den Zusammenhalt unter den Mitarbeitern. Es kann sich lohnen, die Reise mit einem Fortbildungsprogramm zu verknüpfen. Was bei der Planung und Durchführung zu beachten ist.



Mit einem Betriebsfest wollen Praxisinhaber Mitarbeitern etwas Besonderes bieten. Hoch im Kurs stehen Betriebsausflüge mit einem vielseitigen Veranstaltungsprogramm, möglicherweise auch mit Übernachtung. Doch zieht der Fiskus für Betriebsveranstaltungen strenge Grenzen. Zweimal jährlich dürfen Praxen pro Mitarbeiter bis zu 110 Euro brutto steuer- und sozialabgabenfrei ausgeben. Dieser Betrag ist bei ausgedehnten Betriebsausflügen schnell ausgeschöpft. Praxisinhaber können den Betriebsausflug auch mit einer Bildungsmaßnahme kombinieren, sagt die Wirt-

schaftskanzlei WWS in Mönchengladbach. So können Praxen die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten erweitern.

Neue gesetzliche Vorgaben schränken den bisherigen Spielraum ein. Seit Anfang 2015 wird der steuer- und abgabenfreie Höchstbetrag bei Betriebsevents wesentlich schneller erreicht als bisher. Durch das Zollkodex-Anpassungsgesetz wird aus der ehemaligen Freigrenze von 110 Euro pro Mitarbeiter ein Freibetrag. Mit der begrifflichen Änderung gehen weitreichende Konsequenzen einher. Nunmehr gelten nur



Gemischte Veranstaltungen wecken naturgemäß schnell das Misstrauen der Finanzbehörden. Fortbildungsmaßnahmen sollten plausibel dargelegt und der betriebliche Nutzen ausführlich erläutert werden

noch die Kosten über dem Freibetrag als steuer- und sozialabgabenpflichtiger Arbeitslohn. Doch müssen entgegen der Ansicht des Bundesfinanzhofs (Az. VI R 94/10; Az. VI R 7/11) fortan alle Aufwendungen auf die Teilnehmer umgelegt werden. Dazu zählen etwa die Kosten für den äußeren Rahmen wie die Saalmiete und das Honorar für den Veranstalter. Ausgenommen sind interne Kosten wie etwa Lohnkosten für die Eventorganisation in Eigenregie. Zudem schreibt das Gesetz vor, dass der auf Begleitpersonen entfallende Anteil an den Gesamtkosten dem Arbeitnehmer zuzurechnen ist.

Alternative Gestaltungsmodelle für Betriebsfeiern gewinnen an Bedeutung. Denkbar ist, den Ausflug um eine betrieblich notwendige Fortbildung zu ergänzen. In Frage kommen dafür Seminare, die fachliche oder soziale Kompetenzen vermitteln. Dies können etwa Sprach- und IT-Kurse oder Maßnahmen zur Teamentwicklung sein. Steuerlich handelt es sich dabei um so genannte „gemischte Veranstaltungen.“ **Die Konsequenz:** Gemeinsame Kosten wie Fahrt- oder Übernachtungskosten lassen sich teilweise auf die Fortbildung umlegen. Dies ermöglicht Praxen einen größeren finanziellen Puffer für die Betriebsveranstaltung innerhalb des erlaubten Freibetrags.

Gemischte Veranstaltungen wecken naturgemäß schnell das Misstrauen der Finanzbehörden. Praxisinhaber sollten die Fortbildungsmaßnahme plausibel darlegen und den betrieblichen Nutzen ausführlich erläutern. Praxen sollten die Kosten für die Betriebsveranstaltung und die Fortbildung detailliert dokumentieren und möglichst eindeutig zuordnen. Dies lässt sich am besten durch separate Rechnungen für die einzelnen Veranstaltungskomponenten gewährleisten. Lassen sich Aufwendungen wie etwa Reisekosten nicht eindeutig dem Betriebsausflug oder der Fortbildung zuordnen, können Praxen sie auf die

einzelnen Parts aufteilen. Maßgeblich ist dabei laut Grundsatzurteil des Bundesfinanzhofs (Az. GrS 1/06) der jeweilige Zeitanteil der einzelnen Programmpunkte.

Doch Vorsicht: Steuerlich begünstigt sind nur Betriebsausflüge, die allen Mitarbeitern offen stehen. Nur in Ausnahmefällen ist ein begrenzter Teilnehmerkreis erlaubt, etwa wenn Abteilungen einen Ausflug durchführen. Veranstaltungen für einen eingeschränkten Teilnehmerkreis dürfen bestimmte Arbeitnehmergruppen nicht bevorzugen. Ansonsten gelten sie nicht als Betriebsveranstaltung im steuerlichen Sinne. Für alle Aufwendungen werden dann Steuern und Sozialabgaben fällig.

Praxisinhaber sollten die Gestaltungsoptionen für Betriebsausflüge mit ihrem steuerlichen Berater durchsprechen. Arbeit und Vergnügen lassen sich kombinieren, sollten aber strikt getrennt werden. So realisieren Praxen einen gelungenen Betriebsausflug ohne steuerliche Überraschungen. ■

Torsten Lambertz,
Wirtschaftsprüfer und Steuerberater
der Kanzlei WWS in Mönchengladbach

WWS Wirtz, Walter,
Schmitz & Partner

Wilhelm-Strauß-Straße 45-47
41236 Mönchengladbach
www.wws-gruppe.de

Kosten für Praxiskleidung von der Steuer absetzen

Finanztipp

Arztkittel, Schutzanzüge und Co. gelten als Berufskleidung – sowohl die Kosten für ihre Anschaffung, Ausbesserung als auch Reinigung können von der Steuer abgesetzt werden. Ob die Arbeitskleidung zu Hause gewaschen wird oder nicht, spielt dabei keine Rolle. Was als Berufskleidung anerkannt wird, liegt allerdings im Ermessen des Finanzamtes.

Berufsgruppen wie Ärzte, Polizisten oder Köche haben es leichter, ihre Berufskleidung von der Steuer abzusetzen. Andere dagegen, unter anderen auch Therapeuten, müssen einiges dabei beachten. Grundsätzlich gilt: Steuerlich absetzbar ist Kleidung nur dann, wenn

- ▶ es für den Beruf typisch ist und
- ▶ eine Nutzung als „bürgerliche Kleidung“ so gut wie ausgeschlossen ist (BFH, Az. IV R 13/90)

Der Steuervorteil des schwarzen Anzuges des Managers oder Bankers wird daher in der Regel vom Finanzamt abgelehnt, was sich vor kurzem auch in einer Entscheidung des Finanzgerichts Hamburg zeigte (Az.: 6 K 231/12). Das gilt auch für Kleidungsstücke, die eigens für berufliche Zwecke angeschafft wurden, wie die Khaki-Kleidung für die Geschäftsreise nach Südafrika oder die Lederhose, um das Unternehmen auf dem Oktoberfest zu repräsentieren. Ein T-Shirt mit dem Praxis-Logo hat aber sicherlich gute Chancen, die Anforderungen des Finanzamtes zu erfüllen.

Drei Tipps für Berufskleidung

Um Berufskleidung von der Steuer abzusetzen, empfiehlt der Bundesverband der Bilanzbuchhalter und Controller (BVBC):

1. Die Anschaffungskosten sollten nach Möglichkeit unter 100 Euro liegen. In diesen Fällen verzichten die Finanzbehörden oft auf die Anforderung von Belegen.
2. Aus Kaufbelegen muss eindeutig hervorgehen, um welches Kleidungsstück es sich handelt.
3. Bei nicht-typischer Berufskleidung sollten Steuerzahler die berufliche Notwendigkeit auf einem Beiblatt erläutern und möglichst auch ein Foto anfügen. Gründe für die Anschaffung der Berufskleidung, wie die Präsenz auf dem firmeneigenen Messestand, überzeugen meist auch kritische Finanzbeamte.

Auch Reinigungskosten sind absetzbar

Wer Berufskleidung tragen muss, kann auch die Kosten für ihre Reinigung steuerlich absetzen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Arbeitskleidung in der heimischen Waschmaschine oder von einer Textilreinigung gereinigt wird. Im letzten Fall sollte auf dem Beleg vermerkt werden, dass es sich um Berufsbekleidung handelt. Wer selbst wäscht, kann die Kosten schätzen. Grundsätzlich können dabei die unmittelbaren Kosten des Waschvorgangs, wie Wasser- und Energiekosten, Wasch- und Spülmittel, aber auch die anteiligen Abnutzungs- und Wartungskosten angesetzt werden. Die Verbraucherverbände haben im Jahr 2002 Erfahrungswerte ermittelt, also anhand einer repräsentativen Untersuchung die mittleren Reinigungskosten mit der Waschmaschine für je ein Kilogramm Wäsche errechnet. Ein Beispiel: Alleinstehende kommen bei 48 Waschgängen Kochwäsche (jeweils 2,5 Kilogramm, 77 Cent pro Kilogramm) und 48 Waschgängen mit pflegeleichter Wäsche (jeweils 2,5 Kilogramm, 88 Cent pro Kilogramm) im Jahr auf insgesamt 198 Euro absetzbare Reinigungskosten (92,40 Euro plus 105,60 Euro). Die Tabelle finden Sie im Internet unter files.vogel.de/iww/iww/quellenmaterial/dokumente/131294.pdf [ks]

Tipp

Arbeitnehmer dürfen die Ausgaben für die Berufskleidung und deren Reinigung in der Steuererklärung Anlage N, Zeile 46 eintragen. Freiberufler und Selbstständige verbuchen Arbeitskleidung als Betriebskosten. Bis zu einer Grenze von 110 Euro jährlich verzichtet die Finanzverwaltung auf die Vorlage von Belegen. In den Betrag zählen aber sämtliche Aufwendungen zur Anschaffung und Instandhaltung von Arbeitskleidung und Arbeitsmitteln mit hinein.

Wie der Wiedereinstieg nach der Elternzeit klappt

Schwangere in der Praxis



Wieder ist eine Mitarbeiterin schwanger! Der Freude der werdenden Mutter stehen Praxisinhaber eher mit gemischten Gefühlen gegenüber. Sie sorgen sich um die Auswirkungen auf den Praxisbetrieb. Nun gilt es – gerade in Zeiten zunehmenden Fachkräftebedarfs – einige Vorkehrungen zu treffen, damit die Elternzeit der Mitarbeiterin nur eine vorübergehende Auszeit bleibt und der Wiedereinstieg reibungslos klappt.

Gut geplant ist doppelt gewonnen. Sobald die Mitarbeiterin ihren Chef über die Schwangerschaft informiert, können beide Seiten vieles dazu beitragen, dass eine gut vorbereitete und geplante Elternzeit positiv verläuft. Familienexperten gliedern den Prozess des Wiedereinstiegs in drei Phasen, die Zeit vor der familienbedingten Auszeit, die Phase während der Auszeit und Arbeitszeitmodelle zum Wiedereinstieg.

1. Phase: Elternzeit frühzeitig planen

Ein gemeinsames persönliches Gespräch über Mutterschutz, Mutterschaftsgeld, Elternzeit und Elterngeld, aber auch über mögliche Arbeitszeitmodelle kann wichtige und richtige Weichen für die Zukunft stellen. Kurz vor der Auszeit unterstützt eine gut vorbereitete Übergabe die reibungslose Fortsetzung der Arbeit. Für die Vertretung ist die Übergabe eine unverzichtbare Einführung in die neue Tätigkeit, für den Arbeitgeber eine Ge-

währ für die Sicherung der betrieblichen Abläufe. Es kann auch sinnvoll sein, den Kontakt zu Kollegen herzustellen, bei denen der Wiedereinstieg nach der Babypause erfolgreich verlaufen ist.

2. Phase: Kontakt halten

Während der familienbedingten Auszeit ist es wichtig, den Kontakt zur Elternzeitlerin zu halten. Daher sollten Praxisinhaber sie regelmäßig über aktuelle Entwicklungen informieren und zu Praxis-Events einladen. Vielleicht wäre es auch möglich, dass die junge Mutter als Krankheits- oder Urlaubsvertretung in einer Teilzeitbeschäftigung tätig wird. Während der Elternzeit ist es erlaubt, bis zu 30 Wochenstunden zu arbeiten. Ferner sollte die Mitarbeiterin während der Auszeit ermuntert werden, an Weiterbildungen teilzunehmen – so bleibt sie auf dem Laufenden und legt den Grundstein für einen reibungsloseren Wiedereinstieg.

3. Phase: Arbeitszeitmodelle für den Wiedereinstieg

Einige Monate vor Ende der Elternzeit sollten Praxischef und Mitarbeiterin ein Rückkehrgespräch führen, das sie kurz vor dem tatsächlichen Einstieg wiederholen. Ziel dieses Gesprächs ist es, Wünsche und Rahmenbedingungen für den beruflichen Wiedereinstieg abzugleichen und ein für beide Seiten attraktives Arbeitsmodell zu entwickeln. Dazu gehört auch, die künftigen Arbeitszeiten festzulegen und über mögliche Formen der Kinderbetreuung zu sprechen.

Beispiel REHA VITA GmbH in Cottbus

Wie erfolgreich der Wiedereinstieg geplant werden kann, zeigt das Rehaszentrum REHA VITA GmbH in Cottbus, das im letzten Jahr beim Great Place to Work® Wettbewerb mit dem Sonderpreis „Chancengleichheit und Frauenförderung“ ausgezeichnet wurde (siehe auch www.up-aktuell.de/aktuell/2015/03/von-starkem-teamgeist-und-monatlichem-kita-zuschuss-28655.html). Zwei Drittel der knapp 90 Beschäftigten sind Frauen, 70 Prozent arbeiten in Teilzeit, und die Rückkehrquote nach der Elternzeit liegt nach Aussage des Geschäftsführers Christian Seifert bei 100 Prozent. In den vergangenen drei Jahren wurden in dem Familienunternehmen 30 Kinder geboren ...

mehr: bit.ly/1ZBtlao ■

[ks]

Häusliche Ergotherapie bei Demenz

Die Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden länger bewahren

Probleme beim Öffnen der Haustür oder beim Kaffeekochen – das Verschwinden von alltäglichen Fertigkeiten kann bereits erstes Anzeichen einer beginnenden Demenz sein. Vor allem für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz haben die beiden Ergotherapeutinnen Wiebke Flotho und Corinna Sibold das Konzept HED-I, ein Programm für häusliche Ergotherapie bei Demenz, entwickelt. Ziel ist es, mit Hilfe der Angehörigen die Fähigkeiten und damit die Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden länger zu bewahren.

Demenz ist eine Erkrankung, mit der auch Ergotherapeuten häufig zu tun haben – in Zukunft vielleicht noch häufiger, aufgrund der stets älter werdenden Bevölkerung. Aktuell leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz, Tendenz steigend. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 65-Jährigen, die an Demenz erkranken, erst auf 1,82 Millionen (2020) und dann auf über drei Millionen (2050) wachsen.

Umso wichtiger wird es sein, die Selbständigkeit der Demenz-Patienten länger zu erhalten und so Pflegeeinrichtungen und Angehörige zu entlasten. Das hat sich auch das ‚Häusliche Ergotherapie bei Demenz – Interventionsprogramm‘ (HED-I)

zum Ziel gesetzt. Das Programm orientiert sich an einem ergotherapeutischen Praxismodell aus Kanada und an Forschungsergebnissen aus den Niederlanden. Es passt mit seiner Fokussierung auf die individuellen Fertigkeiten in das moderne Konzept einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie.

Therapie ist Teil eines Paradigmenwechsels in der Ergotherapie

„Seit etwa 2000 hat sich in der Ergotherapie ein Paradigmenwechsel vollzogen“, berichtet Wiebke Flotho, „Von der funktionellen hin zu einer betätigungsorientierten Ergotherapie.“ Auch Flotho, heute Teamleiterin für den Bildungsgang Ergo-

therapie an der Alice-Salomon-Schule in Hannover, beteiligte sich an diesem Wandel. Gemeinsam mit ihrer Kollegin Corinna Sibold entwickelte sie mit Unterstützung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) Schulungen für ein neues Konzept. Corinna Sibold arbeitete seit 2011 an dem Modellprojekt FIDEM (Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz) in Braunschweig mit, in dem ambulante Hilfen für Menschen mit Demenz und ihren Familien mit niedergelassenen Hausarztpraxen vernetzt werden sollten. Im Mai 2011 ging aus den Projekten der Therapeutinnen der erste praxisbegleitende Zertifizierungskurs zum Interventionsprogramm HED-I hervor.

„Häusliche Ergotherapie bei Demenz – Interventionsprogramm“ (HED-I) hat sich zum Ziel gesetzt, die Selbständigkeit der Demenz-Patienten länger zu erhalten und so Pflegeeinrichtungen und Angehörige zu entlasten



Vorlieben und Wünsche des Betroffenen stehen im Mittelpunkt

HED-I kommt bei Klienten mit leichter bis mittlerer Demenz zum Einsatz, die zumeist mit ihrem Ehepartner zu Hause leben. Es geht um den Erhalt dieser häuslichen Situation und darum, dass die Partner weiterhin gemeinsam leben können und einen Umgang mit der Erkrankung finden. Das Programm umfasst 20 einstündige Hausbesuche, die zweimal pro Woche stattfinden. Im Mittelpunkt der Kurzzeitintervention stehen die Wünsche des Betroffenen. Gemeinsam mit den Angehörigen werden die einzelnen Handlungsschritte wichtiger Alltagsaktivitäten in den eigenen vier Wänden analysiert. Es hat sich gezeigt, dass viele Demenz-Patienten Probleme mit der richtigen Reihenfolge einer Alltagsaktivität haben. Beim Kaffeekochen beispielsweise vergessen sie den Filter für das Kaffeepulver. Damit die kleinen Schritte wieder gelingen, stellen die Therapeuten einen Aktionsplan auf, der so angelegt ist, dass die Umwelt angepasst und dadurch die Alltagsaktivität für den Betroffenen – wieder – ermöglicht wird. Ein Beispiel: Statt beim Einkaufen wahllos im Supermarkt nach einzelnen Produkten zu suchen, die der Betroffene möglicherweise schon auf dem Weg dorthin vergessen hat, sei es, so Wiebke Flotho, manchmal besser, ihn den Einkaufswagen schieben zu lassen. „So hat er einen Halt und erlangt das Gefühl, das Ruder zu übernehmen.“ ▶

Psyche spielt eine große Rolle

Wie fit und fähig sich ein Demenzkranker fühlt, hängt Wiebke Flotho zufolge wesentlich von der Einstellung der betreuenden Person ab. Traut sie ihm noch bestimmte Kompetenzen zu oder nimmt sie ihm alles ab? Respektiert sie sein Tun, auch wenn Fehler passieren? „Ich glaube, dass die Psyche ein wichtiger Faktor ist. Es spielt eine große Rolle, wie viel Raum und Zeit die Angehörigen dem Betroffenen zugestehen“, sagt die Ergotherapeutin. „Es ist toll zu sehen, wenn Angehörige ihren demenzkranken Partnern wieder mehr zutrauen.“

Erhöhte Anforderungen an den Ergotherapeuten

HED-I stellt hohe Anforderungen an den Ergotherapeuten. „Wir wissen nie, welche Situation wir in der häuslichen Umgebung antreffen“, so Wiebke Flotho. „Verträgt sich das Paar noch oder gibt es schon Spannungen?“ Es komme durchaus vor, dass Demenzkranke oder auch Angehörige richtig aggressiv werden. Sie sind bereits so belastet, dass sie das im Therapiegespräch raus-



lassen und ihren Partner beschimpfen. Die Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz und gleichzeitig mit dem pflegenden Angehörigen erfordert dementsprechend viel Einfühlungsvermögen und spezielle Gesprächstechniken.

Aufklärungsarbeit bei den Ärzten

„Für langjährige Praxisinhaber stellt es eine Herausforderung dar, den gesamten Therapieprozess umzustellen“, sagt Corinna Sibold, die seit 2012 die Praxis für Ergotherapie ‚ambet‘ (Ambulante Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen e.V.) in Braunschweig leitet. „Kollegen, die in ihrer Region HED-I einführen wollen, sollten wissen, dass viele Ärzte über häusliche Ergotherapie bei Demenz noch nicht informiert sind. Erfahrungsgemäß kostet diese Aufklärungsarbeit Zeit und häufig mehr als einen Anlauf.“ Aber es lohne sich: „Die Erfahrung mit HED-I sowie mit dem vernetzten Arbeiten mit den angrenzenden Berufsgruppen verschafft Therapeuten eine zusätzliche Qualität der eigenen Therapeutenrolle und mehr Sicherheit in der Kommunikation mit Ärzten.“

Über 60 Ergotherapeuten wurden geschult

Inzwischen haben die beiden Ergotherapeutinnen in fünf Kursen etwa 60 Kollegen geschult. Zielgruppe sind Ergotherapeuten mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung und Erfahrungen in der Therapie von Menschen mit Demenz. Die Schulung läuft über ein dreiviertel Jahr. Weitere Infos unter: www.dve.info/fileadmin/upload/extensions/upload/Flotho_Sibold_Seidel_HEDI_o4.pdf

Symptome künftig frühzeitig identifizieren

Für die Zukunft wünschen sich die beiden Ergotherapeutinnen, dass Ärzte noch frühzeitig die Symptome von Demenz identifizieren und Erkrankungsprozesse diagnostizieren, etwa im Sinne eines regelmäßigen Screenings. Auch für Angehörige könnte das frühzeitige Erlernen hilfreicher Strategien im Umgang mit dem Erkrankten für beide die Entwicklung der Krankheitssituation erheblich erleichtern. ■ [ks]



Berufsfachschule Ergotherapie

Wiebke Flotho
Kirchröder Straße 13
30625 Hannover
Telefon 0511 168-44301 / 44302
Mail: flotho@alice-salomon.de

Praxis für Ergotherapie ambet e.V.

Corinna Sibold
Ilmenaustraße 2
38120 Braunschweig
Telefon 05 31 - 28 50 37 96
Mail: ergotherapie@ambet.de

Mitarbeiterführung ganz konkret

Seien Sie sich sicher, dass Ihre Mitarbeiter gerne für Sie arbeiten

Ohne ein gut funktionierendes Team sind die vielen Aufgaben in einer größeren Praxis gar nicht zu bewältigen. Dabei ist die Motivation jedes Einzelnen entscheidend. Doch wie wird man ein guter Coach für ein erfolgreiches Team? Wie sieht meine Führungsrolle eigentlich aus? Wissen meine Mitarbeiter immer woran sie sind? Mitarbeitermotivation gut und schön – aber wie mache ich das richtig? Sind meine Besprechungen effizient? In dem zweitägigen Seminar liefern wir die Antworten zu Ihren Fragen. Fördern und fordern Sie zukünftig mit Hilfe von klar definierten Zielen. Proben Sie den Alltag auf neutralem, sicherem Terrain, sozusagen "unter Ausschluss der Öffentlichkeit".

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar

- ▶ kennen Sie Ihre Ziele als Führungskraft
- ▶ wissen Sie, was einen guten "Coach" ausmacht
- ▶ schärfen Sie Ihren Blick für gute Leistungen
- ▶ motivieren Sie über Anerkennung

Das erwartet Sie inhaltlich:

- ▶ Führung durch Ziele
- ▶ Teamförderung in der Praxis
- ▶ Motivation
- ▶ Kritikgespräche

Zielgruppe

Praxisinhaber und Führungskräfte

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation
Praxistipps für den Praxisalltag
und leichte Pausenverpflegung



Referentin Brigitte Harste

Brigitte Harste, Geschäftsführerin UBH, seit Jahren im Organisationskomitee von Therapiekongressen, dabei viel Erfahrungen an der „Rezeptionsfront“, ist erfahrene Referentin und Trainerin mit Spezialisierung auf Kommunikationstraining für beratende Berufe. Seit Jahren familiär eng verweben mit der Therapiebranche, kennt sie die Abläufe in Therapiepraxen, weiß ganz genau um Fallen und Möglichkeiten in der Kommunikation mit Patienten und zeigt ihren Teilnehmern immer wieder Wege auf, wie sie noch einfacher auf Verhalten und Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten Einfluss nehmen können.

Termine

18./19.03.2016 in Köln

06./07.05.2016 in München

24./25.06.2016 in Frankfurt

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 329,50
zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 329,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

messegelände köln

PRODUKTE, VORTRÄGE UND TRENDS:
**PRÄVENTIVE, PHYSIKALISCHE
UND REHABILITATIVE MEDIZIN.**
7 – 10 APRIL 2016



EXPERT
shape the
business.

FACHBESUCHERTICKETS ONLINE UND AN DER TAGESKASSE
internationale leitmesse für fitness, wellness & gesundheit