

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen

gen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. § 211a gilt entsprechend. (2) Voraussetzung für die Teilnahme der Heilmittelerbringer ist, dass sie 1. nach § 124 Absatz 2 zur Versorgung zugelassen sind, 2. auf Grund ihrer Ausbildung über die notwendige Qualifikation verfügen und gegebenenfalls weitere von den Vertragspartnern nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Qualifikationsanforderungen erfüllen und 3. ihre Tätigkeit nicht als selbständige Heilkunde ausüben. (3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend. § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 bleibt unberührt. (4) Im Übrigen gilt für Heilmittel, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, dass auch ihre Anwendung bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 2 sein kann. § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln: 1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit, 2. Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen, 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt, 3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, 4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und 5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte. Kommt eine Einigung zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam benennende Person festgelegt. Diese von der für den Schiedsverfahren tragen der Spitzenmaßgeblichen Spitzenorganisationen der Wirtschaftlichen Vertragspartnern nach Absatz 2, über die Preise, sen, ihre Landesverbände schlüssen der Leistung nach Satz 1 nicht. Für d den Verträgen nach Satz Fortbildung nachholen k nicht auf die Vertragspre gemeinsam zu benenne kann von den Vertragsp Jahren erfolgen. Einig die vertragsschließen Aufsichtsbehörde in notwendigen Infor son auch für nac Krankenkassen tragen die Ve Hälfte. V bende Ver

Bundestag verabschiedet HHVG: Was Therapeuten daraus machen können

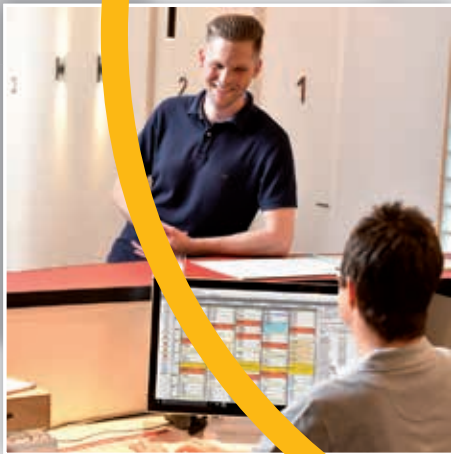
Jedem was er verdient:
Flexible Gehälter und
Leistungslohnmodelle

Extrabudgetär gibt's nicht?
Sieben Regeln für die erfolg-
reiche Arztkommunikation

Genehmigungspflichtige
Verordnungen: So einfach
sind die Regeln geworden



Richtig gut
zusammenarbeiten



alles aus einer Hand

Starke Software

Egal wo – dank unserer ganzheitlichen Softwarelösung sind immer alle informiert: an der Rezeption, zu Hause oder bei der Behandlung.

Wir beraten Sie gern. Rufen Sie uns an unter
0800 0000 770





Vive la révolution!

☛ Das HHVG ist da! Endlich ein Gesetz für Therapeuten. Der erste Schritt zur Alleinherrschaft im Gesundheitswesen. Noch ein paar Ideen für die Zukunft: Nach der dritten fehlerhaften Verordnung müssen Ärzte in Heilmittelpraxen Liegen desinfizieren und Behandlungsräume putzen. Orthopäden holen vor jeder OP eine Zweitmeinung von Physiotherapeuten ein, die diese sich fürstlich vergüten lassen. Die Kassen zahlen aus ihren Überschüssen saftige Boni an Therapiepraxen aus. Und im Heilmittelkatalog gibt es jetzt für alle Fachgruppen den Posten „Therapie auf Südseeinsel“.

Ok, zugegeben: Ein Gesundheitssystem, das sich nur um die Heilmittelerbringer dreht, wäre wohl genauso unsinnig wie eines, das ausschließlich Ärzte in den Fokus rückt. Das HHVG ist auch nicht der Beginn einer Revolution. Aber es zeigt, dass es voran geht in der Branche: die Blankoverordnungen, die vorsichtig in Richtung Direktzugang zeigen, neue Freiheiten bei den Honorarverhandlungen und der Begriff „Weiterbildung“, der vielleicht das Zertifikatssystem in der Physiotherapie rundumerneuert. Über all das berichten wir ausführlich im Schwerpunkt dieser Ausgabe.

Generell ähneln Neuerungen im Gesundheitswesen eher der Eroberung des unbeugsamen gallischen Dorfes durch die Römer als der Französische Revolution: Sie brauchen lange. So ist auch die neue Diagnosenliste mit den „besonderen Versorgungsbedarfen“ noch nicht ins Bewusstsein jedes Arztes durchgesickert. Für diesen Fall geben wir Therapeuten für das Arztgespräch einige hilfreiche Psychotricks...ähm, ich meinte Kommunikationsregeln, an die Hand.

Also: Machen Sie sich bereit für die Zukunft, für friedliche Revolutionen und hoffentlich für einen erfolgreichen Monat.

Mit besten Grüßen,
Moritz Kohl, Redakteur

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

... ist ein **Gastbeitrag zum Thema Leistungslohnmodelle**. Es geht um die Frage, wie Praxisinhaber die Gehälter ihrer Mitarbeiter auf faire Weise flexibler gestalten und das Team so zu Höchstleistungen motivieren können.

... sind die **Beitragschulden der Selbstständigen** bei der GKV. Auch manch ein freiberuflicher Therapeut dürfte unter den hohen Mindestbeitragsätzen der Kassen leiden. Jetzt haben drei Bundesländer eine Initiative dagegen gestartet.

... ist unsere **Reihe „Wie hältst du es mit?“** Diesmal haben wir gefragt, wie Praxen mit kranken Patienten verfahren: Auf jeden Fall behandeln oder die Schniefnasen direkt aus der Praxis entfernen, bevor sich jemand anstecken kann?

Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Post
Zum Kesselort 53
24149 Kiel



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Netz
www.up-aktuell.de

Impressum



Herausgeber | V.i.S.d.P.
Ralf Buchner

Chef vom Dienst
Ulrike Stanitzke

Autoren
Karina Lübbe (kl), Yvonne Millar (ym)
Katharina Münster (km)
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)
Moritz Kohl (mk), Ralf Buchner (bu)

Verlag
Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de



Anzeigen
Ernst-August Hölscher
Mobil 0176 507 08 718

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Jahrgang: 11
Erscheinungsweise: monatlich
ISSN: 1869-2710
Preis: 15 Euro zzgl. Porto im Einzelbezug,
12 Euro im Abo
Druckauflage: 51.300 Exemplare
Druck: Eversfrank Preetz



Bildnachweise: Titel: Anja Kühn, schmolzeundkuehn.de; Moritz Kohl (3), Destatis (6), Mariann Fiedrich (46), institut-rehabilitation.de (49, 50); iStock: YanC, SoberP, pepifoto (4), seb868, deepblue4you, Photodjo (5), video-doctor (6), pixdeluxe, julief514 (7), gilaxia (10), ChristianChan (16), filmfoto (17), ottidie (18), kiddyo265 (20), paulprescott72 (21), KatarzynaBialasiewicz (23), koya79 (24), fatesun (25), eabff (26), gordonsaunders (28,33), kiddyo265 (30), Dirima (34), didecs (35), popphoto2526, miriam-doerr, Monkey Business Images (36), kieferpix (38), DNY59 (39), deliormanli (42), pictafolio (43), Andrey-Popov (48)

Passwort für www.up-aktuell.de: **h h v g**

Schwerpunkt | Themen

28



Jedem was er verdient:
Flexible Gehälter und
Leistungslohnmodelle

40



**Genehmigungspflichtige
Verordnungen:** So einfach
sind die Regeln geworden

42



Extrabudgetär gibt's nicht?
Sieben Regeln für die erfolg-
reiche Arztkommunikation

*Liebe Leserinnen und Leser,
die überwiegende Anzahl der Therapeuten ist weiblich und die überwiegende
Anzahl unserer Autoren und Redaktionsmitglieder ebenfalls. Trotzdem ver-
wenden wir das so genannte „generische Maskulinum“, die verallgemeinernd
verwendete männliche Personenbezeichnung, weil die Texte einfacher und
besser zu lesen sind.*

Inhalt

- 03 Editorial**
Vive la révolution!
- 06 Branchennews | Aktuelle Informationen**
- 08 Beschäftigung im Heilmittelbereich**
Heilmittelbranche in Zahlen
- 10 Ein Drittel bisher nicht zertifiziert**
KBV schafft Übergangsregelung für Heilmittelverordnungs-Software
- 12 Das HHVG | Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz**
Von den Paragrafen in die Praxen
- 14** • „Die Gesellschaft sieht, wie wertvoll Heilmittel sind“
Interview mit Dr. Rolf Kühne, MdB
- 16** • **Drei Jahre ohne Deckel**
Wie werden wir ohne Honorarobergrenze verhandeln?
- 18** Zehn gute Gründe für mehr Honorar
- 20** • **Welchen Nutzen können die Modellvorhaben zur Blankoverordnung bringen?**
- 23** • **Physiotherapeuten können sich jetzt auch „weiterbilden“ lassen**
- 24** • **Last-minute-Korrektur**
- 25** Transparenzvorgaben der Kassen sind aktuell überflüssig!
- 26 Sechs Dinge, die Heilmittelverbände aus der Politik lernen können**
- 28 Jedem, was er verdient**
Flexible Gehälter und Leistungslohnmodelle
- 34 up|Umfrage | Wie hältst du es mit Patienten, die krank zur Therapie kommen?**
- 38 Zeche prellen bei der GKV**
Viele Solo-Selbstständige können ihre hohen Beiträge nicht bezahlen
- 40 Verordnungen außerhalb des Regelfalls**
So läuft das Genehmigungsverfahren
- 42 „Extrabudgetär – gibt es doch gar nicht!“**
Sieben Regeln für die Arztkommunikation
- 44 therapie Leipzig | Veranstaltungen für Therapeuten, Trainer und Rezeptionskräfte**
- 46 Hausbesuch | Physiotherapie fürs ganze Dorf**
- 48 Direktzugang zum Unternehmen**
Betriebliches Gesundheitsmanagement ohne Rezept und ärztliche Verordnung



Umsatz der Gesundheitsbranche wächst weiter

Der Umsatz der Gesundheitsbranche in Deutschland belief sich im Jahr 2015 auf 344,2 Milliarden Euro, oder 4.213 Euro je Einwohner. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, entspricht das einem Anteil von 11,3 Prozent am Bruttoinlandsprodukt. Für das Jahr 2016 prognostiziert das Statistische Bundesamt einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben auf 359,1 Milliarden Euro. Die gesetzliche Krankenversicherung war 2015 mit 200,0 Milliarden Euro, also 58,1 Prozent der Gesundheitsausgaben, erneut größter Ausgabenträger. Gegenüber 2014 erhöhten sich ihre Ausgaben um 8,3 Milliarden Euro (4,3 Prozent). Der zweitgrößte Ausgabenträger, die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, wiesen einen Anstieg um 1,4 Milliarden Euro (3,1 Prozent) auf. Sie trugen mit 46,1 Milliarden Euro 13,4 Prozent der Gesundheitsausgaben. Die private Krankenver-

sicherung steigerte ihre Ausgaben um 1,5 Milliarden Euro (5,0 Prozent) auf 30,5 Milliarden Euro. In den von Destatis erhobenen Gesundheitsausgaben sind keine Einkommensleistungen, wie zum Beispiel Entgeltfortzahlungen bei Krankheit und Mutterschaft, enthalten.



2035 fehlen im Gesundheitswesen rund 270.000 Fachkräfte

Experten warnen vor einem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Im Jahr 2035 könnten in Pflege- und Gesundheitsberufen rund 270.000 Fachkräfte fehlen, heißt es in einer Analyse des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB), die kürzlich in der aktuellen BIBB-Fachzeitschrift *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)* veröffentlicht wurde. Als Gründe nennt das Magazin die schwache Lohnentwicklung in dem Berufsfeld und den stetigen Anstieg der Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsleistungen infolge der demographischen Entwicklung. Um das Berufsfeld attraktiv zu gestalten, spiele daher nicht zuletzt die Vergütung eine Rolle, heißt es im Editorial der Zeitschrift.

mehr: www.bibb.de
Geben Sie im Suchfeld „Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper“ ein.

Neue Broschüre „Medizinische Rehabilitation“

Im Rahmen der Reihe „PraxisWissen“ hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die neue Broschüre „Medizinische Rehabilitation“ herausgegeben. Das Serviceheft bietet auf 16 Seiten neben Praxisbeispielen auch Regeln und Grundlagen für die Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei geht es laut KBV um die Antragstellung und das Verordnungsformular sowie um Unterschiede beispielsweise zum Verfahren bei der Rentenversicherung. Ärzte können sich über die gesetzlichen Ansprüche ihrer Patienten und die verschiedenen Formen und Einrichtungen der Rehabilitation informieren.

mehr: Sie können die Broschüre kostenlos als gedrucktes Exemplar über versand@kbv.de bestellen oder sie herunterladen unter www.kbv.de
-> Mediathek
-> PraxisWissen

Kostenloses Informationsportal zum Thema Pflege

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat einen neuen Internet-Auftritt. Unter www.zqp.de finden pflegende Angehörige alle Informationen zum Thema Pflege – von Ratgebern für die Unterstützung beim Essen und Trinken oder für das gemeinsame Leben mit einem Partner mit Demenz bis zu Hinweisen zum Umgang mit eskalierenden Pflegesituationen. Einzigartig sei eine Datenbank, die ständig aktualisiert werde und in der deutschlandweit 4.500 nicht kommerzielle Beratungsangebote in der Pflege über eine Postleitzahlensuche aufgefunden werden könnten, heißt es in einer Pressemitteilung der gemeinnützigen Stiftung. Das gesamte Angebot ist kostenlos und unabhängig.

„Physiopraxis der Zukunft“ erneut auf der FIBO 2017 in Köln

Unter dem Motto „Das Fitnessstudio als Kompetenzzentrum“ öffnet die FIBO 2017 vom 6. bis 9. April wieder ihre Tore in Köln. Mit über 150.000 Besuchern und knapp 1.000 Ausstellern ist die FIBO die weltweit größte Messe für Fitness, Wellness und Gesundheit. Besonders interessant für Therapeuten ist die 180 Quadratmeter große Kommunikationsplattform „Physiopraxis der Zukunft“. Wie in den Vorjahren wird die **Buchner & Partner GmbH** dort ganztägig in kurzen Vortragsreihen die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für die Physiopraxis vorstellen. Neben der Möglichkeit zum Gedankenaustausch werden kompetente Experten aus der Branche für Auskünfte zur Verfügung stehen.

mehr: www.fibo.com



Deutscher Schmerz- und Palliativtag vom 22. bis 25. März 2017

Unter dem Motto „Schmerzmedizin – Praxis und Theorie der Versorgung“ findet vom 22. bis 25. März 2017 im Congress Messe Center Frankfurt der 28. Deutsche Schmerz- und Palliativtag 2017 statt. Der Fortschritt in der schmerzmedizinischen Versorgung erfordert den ständigen Wissenstransfer und einen konstruktiven Dialog zwischen allen Beteiligten, den einzelnen „Versorger-Gruppen“, den Kostenträgern und nicht zuletzt den politischen Entscheidern, so die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin in einer Pressemitteilung. Der deutschlandweit größte Fachkongress der Schmerzmedizin richtet sich an

Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und andere medizinischen Berufsgruppen.

mehr: Die Registrierung ist ausschließlich online möglich unter www.bit.ly/2kPV3gJ



Postgraduierung Stimmstörungen offen für Diplom

Die Postgraduierung Stimmstörungen des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) steht jetzt auch Absolventen von Diplom- und Magisterstudiengängen in Sprachheilpädagogik, Klinischer Linguistik und Patholinguistik offen. Das gab der dbs kürzlich bekannt. In der im März 2017 startenden Postgraduierung können Therapeuten theoretische Inhalte zu störungsbedingten Kompetenzen (ST1 bis ST4) nachholen, die in ihrem Studium nicht enthalten waren, und so eine Zulassungsfähigkeit für weitere Teilbereiche erreichen (up berichtete).

mehr: www.dbs-ev.de/postgraduierung

Warum es sinnvoll sein könnte, die Heilpraktiker-Prüfung noch im Jahr 2017 abzulegen

Bis Ende des Jahres wird eine Leitlinie die Heilpraktiker-Prüfung bundeseinheitlich regeln – und die Anforderungen in vielen Bundesländern vermutlich erhöhen.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) verändert auch die Regelungen des Heilpraktikergesetzes. Bisher erfolgten bei einer Heilpraktiker-Prüfung die „Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt“. Dadurch gab es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bundesländern. In Zukunft sollen die Prüfungen bundeseinheitlich geregelt sein.

Zwar haben Bund und Länder bereits 1992 „Leitlinien für die Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern“ vereinbart. Da diese Leitlinien aber nie ihren Weg in ein Gesetz gefunden haben.

Bundesländer werden Leitlinien einhalten müssen

Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber beschlossen, die Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz anzupassen: „Das Bundesministerium für Gesundheit macht Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern bis spätestens 31. Dezember 2017 im Bundesanzeiger



bekannt. Bei der Erarbeitung der Leitlinien sind die Länder zu beteiligen.“ Die Gesundheitsämter verpflichtet das Gesetz, Überprüfungen „auf der Grundlage von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern“ durchzuführen. Sobald sich also das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit den Ländern einig geworden ist, müssen die Gesundheitsämter von ihren mehr oder weniger individuellen Standards abweichen und bundeseinheitlich prüfen.

Dass die neuen bundeseinheitlichen Leitlinien vermutlich höhere Anforderungen an die Überprüfung stellen werden, ergibt sich aus der Begründung im Gesetz: Die Anforderungen an die Erlaubniserteilung nach dem Heilprak-

tikerrecht genügten nicht mehr den Qualitätserfordernissen, die aus Gründen des Patientenschutzes an die selbständige Ausübung der Heilkunde zu stellen sind, heißt es dort. Das Bundesministerium ist aufgefordert, „die Leitlinien zur Überprüfung der Heilpraktikeranwärter zu überarbeiten und gegebenenfalls auszuweiten, um einerseits dem Patientenschutz besser gerecht werden und andererseits bessere Voraussetzungen für die Einheitlichkeit der Kenntnisüberprüfungen schaffen zu können.“

Wer also plant, die Prüfung abzulegen und in einem Bundesland lebt, das dafür relativ niedrige Anforderungen stellt, sollte überlegen, das bald zu tun.

Beschäftigung im Heilmittelbereich | He

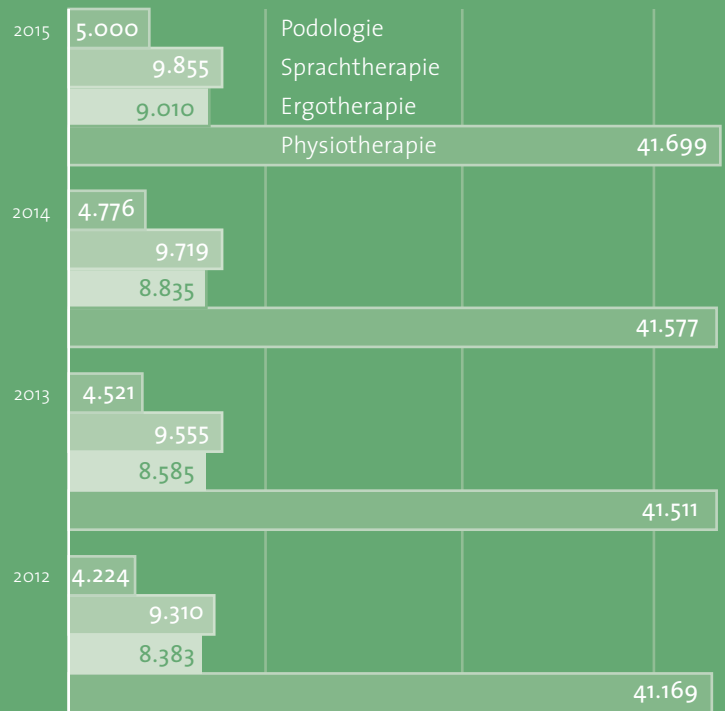
Im Jahr 2015 gab es in Deutschland 9.855 für die GKV-Versorgung zugelassene Logopädiepraxen.

Die Anzahl der Heilmittelpraxen nach Fachrichtungen ergibt sich aus den mit Krankenkassen abrechnenden IK-Nummern. Da es Praxen gibt, die mehr als eine IK-Nummer haben, dürfte die tatsächliche Anzahl von Praxen geringfügig kleiner sein, als hier dokumentiert. Andererseits fehlen hier alle Praxen, die keine GKV-Zulassung haben, die müssten dazu gerechnet werden.

61,7%

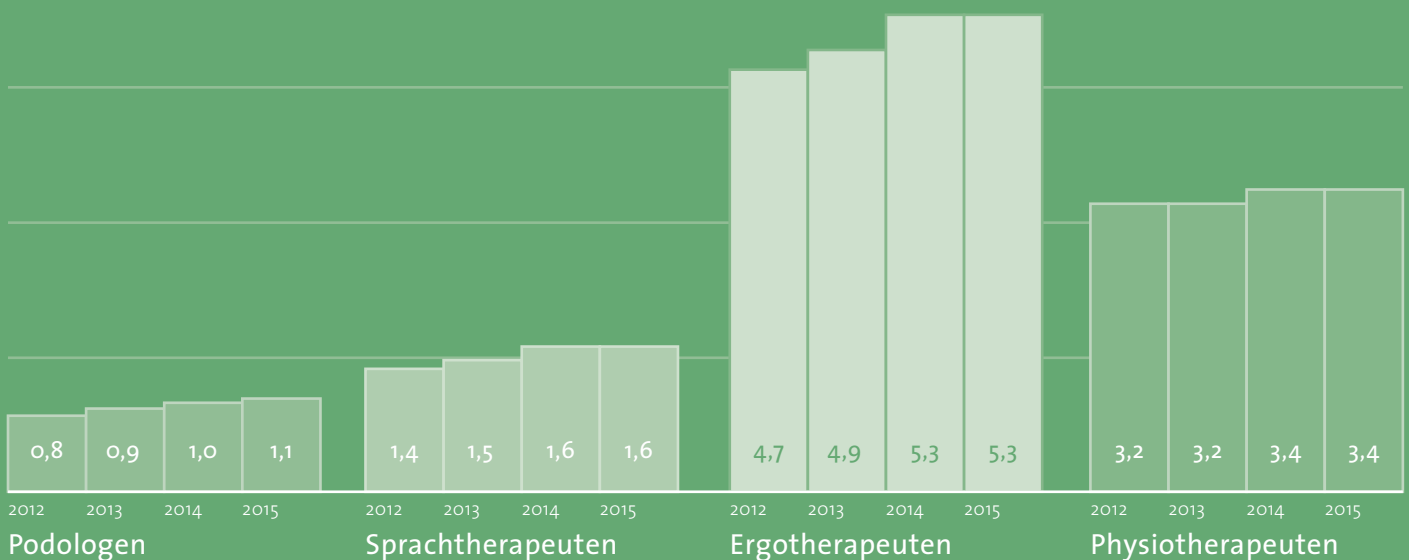
Der Anteil der Physiotherapie-Praxen an allen Heilmittelpraxen in Deutschland beträgt 61,7%.

Heilmittelpraxen nach Fachrichtung



Quelle: wido - Heilmittelberichte 2013 bis 2016

Ergotherapiepraxen haben die meisten angestellten Mitarbeiter je Praxis



Bei den Podologen kommt im Jahr 2014 auf jede Praxis genau 1 sozialversicherungspflichtiger Mitarbeiter.

Dieses Ergebnis ergibt sich aus der Anzahl der in der jeweiligen Fachgruppe beschäftigten Mitarbeiter in Relation zur Anzahl der niedergelassenen Praxen.

Heilmittelbranche in Zahlen

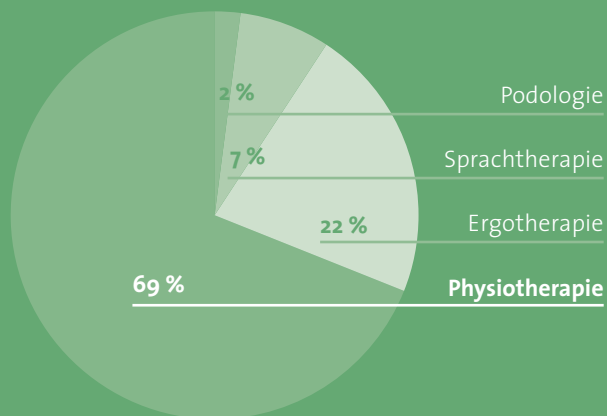
Am 31.12.2016 gab es 143.923 angestellte Mitarbeiter in Physiotherapie-Praxen und sonstigen Einrichtungen.

Die Statistik zeigt die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den jeweiligen Fachbereichen in Deutschland in den Jahren von 2012 bis 2016. Die Daten beziehen sich jeweils auf einen Stichtag und wurden auf Basis der Klassifizierung der Berufe von 2010 erhoben.

14,3%

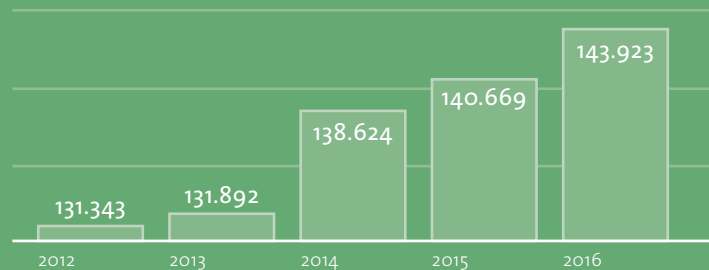
Der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiter im Heilmittelbereich, die in stationären Einrichtungen arbeiten, beträgt 14,3 %.

Physiotherapeuten beschäftigen die meisten sozialversicherten Beschäftigten

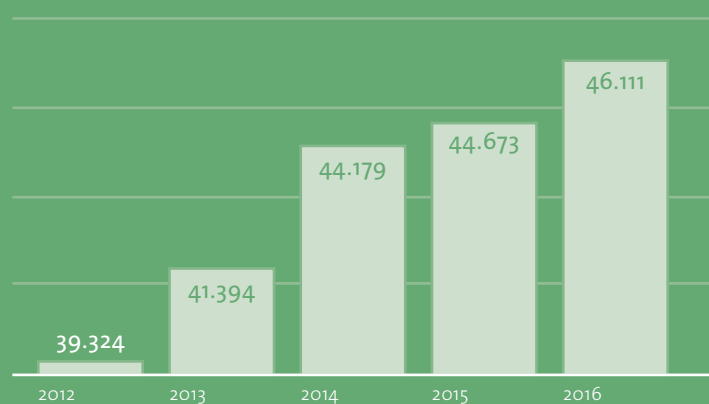


Der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiter für den Bereich Physiotherapie macht 69 Prozent aller Mitarbeiter im Heilmittelbereich aus.

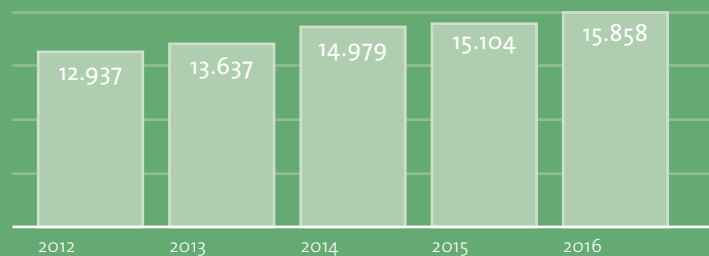
Angestellte Physiotherapeuten *



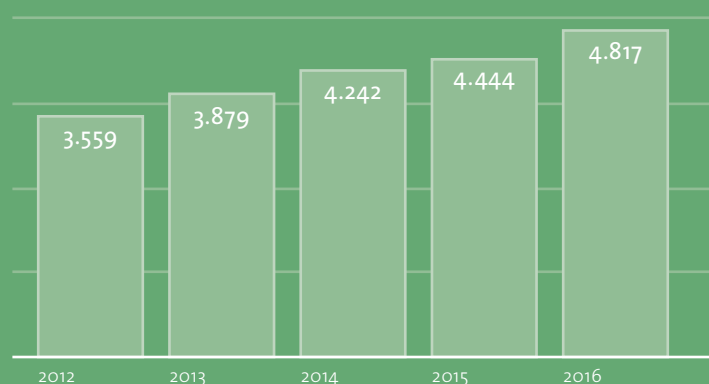
Angestellte Ergotherapeuten *



Angestellte Sprachtherapeuten / Logopäden *



Angestellte Podologen *



*) Quelle: Arbeitsmarkt in Zahlen - Beschäftigungsstatistik

LOADING ...

Ein Drittel bisher nicht zertifiziert KBV schafft Übergangsregelung für Heilmittelverordnungs-Software

Laut Gesetzgeber sollte die Zertifizierung der Heilmittelverordnungs-Module in ärztlicher Praxissoftware bis zum 1. Januar 2017 abgeschlossen sein. Einen Monat nach Stichtag ist das immer noch nicht der Fall, die KBV verhängt eine Übergangsregelung. Damit das nicht zulasten der Therapeuten geht, sollten Krankenkassen in der Zwischenzeit auf Retaxationen verzichten, fordert Dr. Roy Kühne für die Übergangszeit von den Krankenkassen einen Verzicht auf Retaxation.



Eine Gesetzesänderung sieht vor, dass Ärzte seit 1. Januar 2017 nur noch zertifizierte Verordnungssoftware nutzen (Paragraf 73 Abs. 8 SGB V). Damit will die Politik sicherstellen, dass alle verwendeten Softwareprodukte die Informationen enthalten, die Ärzte für eine korrekte Verordnung benötigen. Die KBV wurde vor über zwölf Monaten mit der Zertifizierung beauftragt, hat sie aber noch nicht komplett durchgeführt.

Die offizielle Liste der KBV „Verzeichnis zertifizierter Software“, Stand 9. Februar 2017, enthält 61 erfolgreiche Zertifizierungen. Es verbleiben 23 Systeme mit Heilmittelverordnungs-Modul, die die KBV noch prüfen muss. Damit sind eineinhalb Monate nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Start der Zertifizierungspflicht immer noch 27 Prozent der Systeme nicht entsprechend zertifiziert. Nun kündigte die KBV eine Übergangsregelung an: Arztpraxen dürfen im laufenden 1. Quartal 2017 weiterhin nicht-zertifizierte Software für Heilmittelverordnungen nutzen.

Zwei Übergangsregelungen sorgen für Unruhe in Arztpraxen

Das ist bereits die zweite Übergangsregelung, die nach dem Jahreswechsel eintritt. Denn der 1. Januar 2017 war auch der Stichtag für die Einführung neuer Heilmittelverordnungs-Vordrucke. Doch die Formulare waren noch nicht flächendeckend verfügbar, also kippte der GKV-Spitzenverband die Deadline. Die Kassen werden nun nach eigenen Angaben die alten Verordnungsformulare im ersten Halbjahr 2017 noch akzeptieren.

An der Verordnungfront, in den Arztpraxen, herrscht nun Unruhe: Ärzte, die zertifizierte Heilmittelverordnungs-Software pünktlich installiert haben, schlagen sich mit Softwarefehlern und schlechter Benutzerführung herum. Manche Arztpraxen erzählten Therapeuten außerdem, sie könnten aufgrund der neuen Software zum Beispiel keine Verordnungen außerhalb des Regelfalls mehr ausstellen. Wo noch alte Software und alte Ver-

ordnungsformulare vorliegen, sind Ärzte sogar oft unsicher, ob sie überhaupt Heilmittel verordnen dürfen – die Angst vor möglichen Regressen verschärft die Situation. Das alles zeigt: Neue Software allein sorgt nicht dafür, dass Arztpraxen Heilmittelverordnungen verstehen.

Retaxationen in der Übergangsfrist aussetzen

Den meisten Ärger haben jetzt Therapiepraxen, die von Ärzten formal ungültige Verordnungen erhalten. Sie müssen sich mit Änderungen und späteren Kürzungen durch die Krankenkassen herummärgern. Eine „Übergangsfrist für Retaxationen“ fordert deswegen der Bundestagsabgeordnete Roy Kühne: „Wenn KBV und Krankenkassen es nicht schaffen, mit mehr als zwölf Monaten Vorlaufzeit die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen, dann darf dieses interne Problem nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen!“ Deswegen fordert Kühne, dass Krankenkassen für die Zeit der Übergangsfristen auf Retaxationen verzichten, die offensichtlich auf Ausstellungsmängel zurückzuführen sind.

„Therapeuten können nur die formalen Vorgaben auf Verordnungen prüfen, an die Ärzte sich auch wirklich halten müssen“, erläutert Kühne das Problem. Damit spricht der Bundestagsabgeordnete ein grundsätzliches Problem an: Krankenkassen kürzen Rechnungen von Therapiepraxen wegen fehlender IDC-10-Codes auf Verordnungen. Die Codes müssen Ärzte aber nicht zwingendermaßen dokumentieren, weil die entsprechenden Verträge für solche Fälle Ausnahmeregelungen vorsehen. Im Ergebnis bekommt also ein Therapeut kein Honorar, weil auf einer Verordnung eine Information fehlt, die der Arzt gar nicht verbindlich eintragen muss.

Therapeuten weisen „Prüfpflicht“ mit Vermerk nach

„Bekommen Ärzte Übergangsfristen eingeräumt, dann müssen die Kassen für diese Zeiträume ihre Retaxations-Politik entsprechend ändern. Die Gesetzliche Krankenversicherung darf Therapeuten nicht zu ihrer Verordnungs-Polizei erklären“, fügt Kühne hinzu. Wie auch immer die Politik nun interveniert – auch Praxisinhaber selbst müssen sich die Kürzungen nicht gefallen lassen. Die Rechtslage ist eindeutig: Eine „Prüfpflicht“ für die Gültigkeit einer Verordnung kann sich nur auf Informationen einer Heilmittel-Verordnung beziehen, die Ärzte verpflichtend dokumentieren müssen. Wenn Übergangsfristen oder Ausnahmeregelungen Ärzten Spielraum einräumen, darf das nicht zu Lasten der Therapeuten gehen.

Ganz konkret: Wenn ein Arzt einen formalen Fehler auf einer Verordnung nicht ändern will, dann lässt sich das Problem in vielen Fällen mit einem Tipp der AOK Bayern lösen. Diese hatte schon vor Jahren für solche Fälle vorgeschlagen, Therapeuten sollten einen Vermerk auf der Verordnung anbringen: „Nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt“. Damit dokumentiert der Therapeut, seiner „Prüfpflicht“ nachgekommen zu sein und beugt Absetzungen vor. ■

[bu]

Das HHVG

Von den Paragrafen in die Praxen

Am 16. Februar 2017 hat der Bundestag das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) verabschiedet. Das Gesetz ist sicher keine Revolution – aber es bringt die größten Gesetzesänderungen für Therapeuten seit langem mit sich. Das Wichtigste ist vermutlich: Es passiert etwas. Die Politik beschäftigt sich mit Heilmitteln. Insofern könnte sich das Gesetz im Nachhinein doch als richtungsweisend herausstellen, oder zumindest als Startpunkt für Veränderungen, die hoffentlich noch kommen.

Auf den folgenden Seiten beschreiben wir ausführlich, was sich mit dem HHVG verändert und was das jeweils für Therapiepraxen bedeutet. Es geht um die vorläufige Abkoppelung der Vergütung von der Grundlohnsumme, um die Modellprojekte zur Blankoverordnung, um den Begriff „Weiterbildung“ im Gesetzestext sowie um die Transparenzvorgaben, die in letzter Minute ins HHVG wanderten. Außerdem haben wir mit dem Physiotherapeuten und Bundestagsabgeordneten Dr. Roy Kühne gesprochen, einem der Initiatoren des Gesetzes.

Die Änderungen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes

Was genau eine Gesetzesänderung bewirkt, lässt sich natürlich am besten am Gesetzestext selbst ablesen – zumindest theoretisch. Denn für Nicht-Juristen ist es nicht immer leicht, die Formulierungen zu entschlüsseln. Wir haben die Stellen aus dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), die sich durch das HHVG ändern, herausgesucht und in zugänglichere Sprache übersetzt.

Modellvorhaben

In Modellversuchen soll die Branche zukünftig erproben, ob die sogenannten „Blankoverordnung“ so gut funktionieren, dass sie zukünftig in die Regelversorgung übernommen werden können. Heilmittelbringer können dabei unter bestimmten Bedingungen selbst über die Auswahl der Therapiemethode sowie die Dauer und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.

Die Modellvorhaben können in jedem Bundesland und auch über mehrere Länder hinweg stattfinden. Sie müssen kassenartenübergreifend sein – das soll einen einheitlichen Rahmen schaffen und die Aussagekraft der Ergebnisse erhöhen.

Die Leistungen, die Therapeuten im Rahmen der Modellvorhaben abrechnen, unterliegen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung und sind damit extrabudgetär. Allerdings sollen Kassen und Heilmittelbringer Regelungen vereinbaren, die die Wirtschaftlichkeit der Behandlung berücksichtigen (mehr ab Seite 20).

Kassenübergreifend

Grundsätzlich können an Modellvorhaben zur Blankoverordnung alle Praxen teilnehmen, die über eine Zulassung und die notwendigen Qualifikationen verfügen. Diese Regelung sowie die Vorgabe, die Projekte müssen kassenartenübergreifend stattfinden, sollen verhindern, dass Exklusiv-Modelle entstehen, wie es sie bisher zwischen einzelnen Verbänden und Kassen gab (mehr ab Seite 20).

HHVG – Dokumentatio
§ 64d Modellvorhaben
(1) Die Landesverb
heitlich mit den fü
Verbänden auf Lan
Durchführung von M
auch auf mehrere L
Heilmittelerbringe
Indikation für ein
sowie die Frequen
ist die mit dem M
insbesondere im H
an die Qualifikati
einbarung festzul
den Vorgaben der
Nummer 6 abweiche
hörden vorzulegen.
(2) Voraussetzun
1. nach § 124 Ab
2. auf Grund ih
falls weitere v
tionsanforderung
3. ihre Tätigke
(3) Die Modellv
fristen. § 65 g
(4) Im Übrigen
schusses gemäß
gungen nur ver
kungen eintret
Gegenstand von

§ 125 Rahmenem
(1) Der Spitze
der Heilmittel
Berücksichtig
lungen über d
für den jewei
entsprechende
ist der Kasse
Stellungnahme
ziehen. In de
1. Inhalt der
im Regelfall
2. Maßnahmen
der Behandlu
3. Inhalt u
Vertragsarzt
3a. Vorgabe
Regelungen
4. Maßnahme
5. Vorgabe
Vergütungsve
entgelte.
Kommt eine
lungspartn
Einigen si
für den Sp
Kosten des
für die Wa
tionen je
Verträgen
(2) Über
dungen, ü
Fortbildu
Verträge
Leistungs
2019 gil
gegenüber
nach Sat
zen, inn
in den m
tragspre
von den
von dre
nern fü
erfolge
der für
zuständ
der So
Maßgab
Leistu
Die K
Kranke
Bestim
legun
gegen
(2a)
bunde



... zur Heilmittelversorgung
 ... der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben gemeinsam und ein-
 ... der Heilmittelerbringer maßgeblichen
 ... die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer die
 ... diese Ebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die
 ... Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben
 ... Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben
 ... er erstreckt werden. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die
 ... er auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und
 ... me Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie
 ... z der Behandlungseinheiten bestimmen. In der Vereinbarung über die
 ... Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer,
 ... Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen
 ... von der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen. Zudem ist in der Ver-
 ... legen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von
 ... Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2
 ... dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbe-
 ... n. § 211a gilt entsprechend.
 ... g für die Teilnahme der Heilmittelerbringer ist, dass sie
 ... Absatz 2 zur Versorgung zugelassen sind,
 ... der Ausbildung über die notwendige Qualifikation verfügen und gegebenen-
 ... nden Vertragspartnern nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Qualifika-
 ... gen erfüllen und
 ... it nicht als selbständige Heilkunde ausüben.
 ... orhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu be-
 ... ilt entsprechend. § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 bleibt unberührt.
 ... gilt für Heilmittel, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesaus-
 ... § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädig-
 ... rdnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkran-
 ... en, dass auch ihre Anwendung bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen
 ... Modellvorhaben nach § 63 Absatz 2 sein kann.

... pfehlungen und Verträge
 ... nverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen
 ... erbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter
 ... der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfeh-
 ... die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den
 ... ligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame
 ... Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen
 ... enärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die
 ... e ist in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzube-
 ... en Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:
 ... einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen
 ... sowie deren Regelbehandlungszeit,
 ... zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Qualitätssicherung, die die Qualität
 ... ng, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
 ... nd Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden
 ... t,
 ... n für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche
 ... zur Abrechnung,
 ... n der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
 ... n für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die
 ... verhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeits-

... Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfeh-
 ... ern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt.
 ... die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der
 ... Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die
 ... Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die
 ... hrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisa-
 ... zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den
 ... nach Absatz 2 zugrunde zu legen.

... die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbil-
 ... ber die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur
 ... ng schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften
 ... mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der
 ... erbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für die Jahre 2017 bis
 ... t § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht. Für den Fall, dass die Fortbildung
 ... r dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen
 ... 1 Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu set-
 ... erhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Soweit sich die Vertragspartner
 ... mit Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossenen Verträgen nicht auf die Ver-
 ... ise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden die Preise von einer
 ... Vertragspartnern gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb
 ... i Monaten festgelegt. Die Benennung der Schiedsperson kann von den Vertragspart-
 ... n das jeweilige Schiedsverfahren oder für einen Zeitraum von bis zu vier Jahren
 ... n. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von
 ... die vertragsschließende Krankenkasse oder den vertragsschließenden Landesverband
 ... igen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung
 ... hiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Satz 6 gilt entsprechend mit der
 ... e, dass die Schiedsperson auch für nachfolgende Schiedsverfahren des Verbandes der
 ... ngserbringer mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden bestimmt werden kann.
 ... sten des Schiedsverfahrens tragen die Verbände der Leistungserbringer sowie die
 ... nkassen oder ihre Landesverbände je zur Hälfte. Widersprüche und Klagen gegen die
 ... nnung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Fest-
 ... g des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht
 ... die Schiedsperson.
 ... Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und
 ... einheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstät-
 ... hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung

Weiterbildung

Die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene sollen zusätzlich zu den Maßnahmen der Fortbildung auch Maßnahmen zur Weiterbildung regeln. Das soll dafür sorgen, dass die Versorgung in ganz Deutschland die gleiche Qualität hat (mehr auf Seite 23).

Transparenzvorgaben

In die Rahmenempfehlungen fließen nun Transparenzvorgaben ein. Verbände und Kassen sollen so Tariflöhne und Arbeitsentgelte in den Vergütungsverhandlungen besser berücksichtigen können. Arbeitgeber sollen die Nachweise über Zahlungen von Tariflöhnen und die Höhe von Arbeitsentgelten in anonymisierter Form erbringen können (mehr auf Seite 24).

Ohne Grundlohnsumme

Bislang galt für die Anhebung der Vergütungen ein Honorardeckel in Form der Grundlohnsummenanbindung. Diese Regelung in § 71 SGBV wird für den Bereich der Heilmittelvergütungen für drei Jahre ausgesetzt (mehr ab Seite 16).

Schiedsverfahren

Schiedsverfahren, die bei Vergütungsverhandlungen zum Einsatz kommen, werden beschleunigt. Sie müssen innerhalb von drei Monaten abgeschlossen sein. Um das Verfahren zu vereinfachen, kann eine Schiedsperson auch über mehrere Verfahren hinweg für einen längeren Zeitraum benannt werden. Zusätzlich gilt der Schiedsspruch automatisch, ein Widerspruch hat keine aufschiebende Wirkung mehr.

„Die Gesellschaft sieht, wie wertvoll Heilmittel sind“



Dr. Roy Kühne, Physiotherapeut, Mitglied des Deutschen Bundestags (MdB) und Bundestagsabgeordneter für den Wahlkreis 52 Goslar-Northeim-Osterode im Interview mit **up** über die Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG).

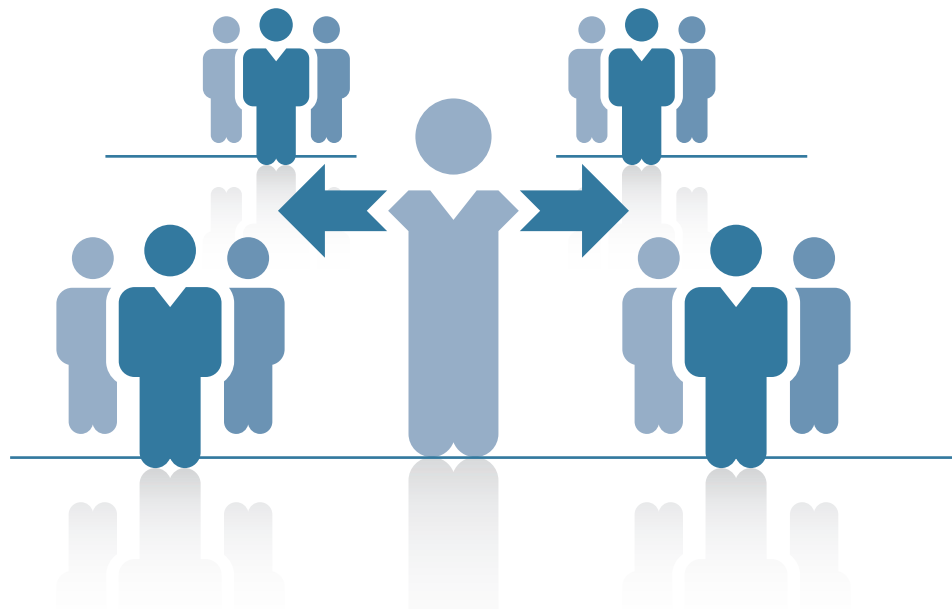
Zunächst einmal herzlichen Glückwunsch. Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde verabschiedet. Sie haben einen erheblichen Teil dazu beigetragen, dass die Heilmittelerbringer darin nicht zu kurz kommen. Wie fühlen Sie sich jetzt?

KÜHNE | Ich bin sehr froh über die gesamte Regelung, die wir jetzt nach zwei Jahren erreicht haben. Es war aber natürlich nicht nur mein Projekt, sondern eine Gemeinschaftsarbeit. Ich bin meinen Kollegen aus der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU Fraktion sehr dankbar. Sie haben mir geholfen, Eckpunkte zu schleifen und verschiedene Dinge auf den Punkt zu formulieren. Als junger Politiker weiß man natürlich nicht immer, in welche Fallen man gerade tappt. Dankbar bin ich auch den vielen Kollegen aus der Praxis, den Heilmittelerbringern, die mich kontaktiert und mir Informationen gegeben haben, sowie den Verbänden, die mich auf wichtige Dinge aufmerksam

gemacht haben. Es ist ein Gemeinschaftswerk und ich bin dankbar, dass so viele Menschen mitgeholfen haben.

Was hat das in Kraft getretene Gesetz für Auswirkungen auf die einzelnen Heilmittelpraxen?

KÜHNE | Wir haben zunächst eine ganz konkrete Auswirkung: Der Gesellschaft wird verdeutlicht, dass der Beruf der Heilmittelerbringer ein gesellschaftlich wertvoller Beruf ist. In der Praxis bedeutet das, dass jetzt die Möglichkeit für die Verbände besteht, mit den Krankenkassen direkter zu verhandeln. Die Grundlohnsumme als Grenzsumme entfällt, sodass die Verbände frei in ihre Verhandlungen gehen können. Das heißt nicht, dass ab sofort stets 20 Prozent mehr ausgehandelt werden. Die Verbände müssen jetzt ihre Verantwortung wahrnehmen und vielleicht sogar Kräfte bündeln, um mit den Krankenkassen



stärker, besser und vor allem gemeinsam verhandeln zu können. Ich denke, das ist ein Lernprozess, den die Verbände erleben werden und ich hoffe, sie werden ihn gut meistern.

Es gab in der Vorbereitung des Gesetzes eine Diskussion zu dem Thema Blankoverordnung. Hier wurde auch Kritik geäußert. Was sagen Sie dazu?

KÜHNE | Viele haben Kritik an mich herangetragen, weil sie sich den Direktzugang sofort wünschen. Aber in den meisten Bereichen, wie zum Beispiel der Ausbildung, sind wir noch gar nicht so weit. Ich möchte nicht, dass jeder Therapeut in Deutschland sofort den Direktzugang erhält. Es sind Zwischenschritte erforderlich. Zum Beispiel müsste die Ausbildungsprüfungsverordnung geändert werden. Alle Therapeuten können so zunächst erlernen, was Signale sind, die zu einer Diagnose führen und wie die Diagnostik durchgeführt wird. Die Blankoverordnung sehe ich als einen ganz wichtigen Zwischenschritt, durch den Therapeuten lernen, mit dieser Verantwortung umzugehen. Die wirtschaftliche Verantwortung darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Wir haben miterlebt, wie es bei den Hebammen im Bereich der Haftpflichtversicherung zu einer immensen Kostensteigerung kam. Das möchte niemand und deshalb warne ich davor, zu schnell zu gehen: ein Schritt nach dem anderen, aber dafür jeder Schritt sowie Zwischenschritt sehr überlegt und erfolgreich.

Wenn wir von Schritten sprechen: Was ist der nächste Schritt für den Politiker Dr. Roy Kühne? HHVG fertig – geht es jetzt wieder zurück in die Praxis oder knüpfen Sie hier an?

KÜHNE | Wir stehen kurz vor der Bundestagswahl 2017. Meine Familie und auch Freunde haben mir gesagt, ich soll weitermachen. Daran habe ich selbst auch sehr großes Interesse. Wir blicken auf noch größere Veränderungen. Das HHVG war nur der Anfang. Wir können überlegen, in Richtung HHVG 2 zu gehen. Das heißt, wir reden ganz klar über Schulgeld, das für viele ein diskriminierender Faktor ist. Manche können sich diesen Beruf nicht leisten, würden ihn aber gerne ausüben und wären vielleicht auch erfolgreiche Therapeuten. Das Schulgeld müsste somit abgeschafft werden.

Dann werfen wir den Blick auf die Ausbildungsprüfungsverordnung. International betrachtet gehören Diagnostik und Befund zum ganz normalen Standardprogramm. Im Rahmen des Direktzugangs ist es für mich ein ganz entscheidender Faktor, fähig zu sein, zu unterscheiden, was funktioniert und was nicht. Der Therapeut lernt, was er kann und wo er die Verantwortung abgibt und nicht behandelt.

Die Akademisierung ist ein Thema, das wir in die nächste Legislaturperiode verschoben haben, und das ich gerne positiv begleiten würde. Es ist längst überfällig, dass wir die Akademisierung in Europa vorantreiben und ich glaube auch, dass dies in Europa inzwischen anerkannt ist.

Das heißt: Dr. Roy Kühne im nächsten Bundestag?

KÜHNE | Wenn die Wählerinnen und Wähler das möchten, dann ja!

Drei Jahre ohne Deckel

Wie werden wir ohne Honorarobergrenze verhandeln?

Das HHVG hebt die Bindung der Heilmittelvergütung an die Entwicklung der Grundlohnsumme für drei Jahre auf. Jetzt haben die Verbände die Möglichkeit, spürbar höhere Honorare für Behandlungen auszuhandeln.



Drei Jahre ohne Grundlohnsummenbindung – für die Heilmittelverbände entsteht nun ein nie gekannter Verhandlungsspielraum. Die große Frage ist, wie sie damit umgehen. Es gibt viele gute Gründe für mehr Honorar (siehe Seite 19). Nun müssen sich die Heilmittelverbände über Verbands- und Ländergrenzen hinweg auf eine gemeinsame Strategie einigen, mit der sie solche Honorarerhöhungen realisieren wollen.

Gemeinsam verhandeln

Die Verbände verhandeln immer mal wieder nebeneinander her mit den Krankenkassen, oder sogar im Wettbewerb miteinander. Für die nächsten drei Jahre wäre es allerdings ausgesprochen sinnvoll, wenn sie gemeinsame Teams in die Verhandlungen schicken würden. Am besten, die Interessenvertreter stimmen ihre Verhandlungsziele nicht nur auf Landesebenen ab, sondern koordinieren ihr gemeinsames Vorgehen auf Bundesebene bis ins Detail. Man darf gespannt sein, ob es den Verbänden gelingt, ihre jeweiligen Eigeninteressen zugunsten der gemeinsamen Brancheninteressen zurückzustellen.

Fachgruppenübergreifend argumentieren

Viele Argumente für höhere Honorare gelten für alle Fachgruppen, also für Physio- und Ergotherapeuten genauso wie für Logopäden und Podologen. Das gilt etwa für die Refinanzierung von Aus- und Fortbildung, sowie für die Kompensation zusätzlicher Auflagen (siehe Seite 19). Außerdem sollen Kassen und Therapeuten die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene bezüglich der neuen Transparenzvorgaben (siehe Seite 24) anpassen – auch dazu ist eine gemeinsame Strategie der Verbände wichtig, sonst werden die Krankenkassen die einzelnen Fachgruppen gegeneinander ausspielen. Regeln, die dann auch für alle Berufe gelten, helfen dann auch der wachsenden Zahl von Praxen, in denen interdisziplinäre Therapeuten-Teams fachübergreifend zusammenarbeiten.

Höchstforderungen stellen

Ein immer wieder beschworenes Szenario für künftige Honorarverhandlungen ist, dass Heilmittelverbände eine Erhöhung von deutlich mehr als 20 Prozent verlangen. Eine Kampagne des ZVK-Bundesverbandes fordert sogar seit längerem 38,5 Prozent mehr Gehalt. Das würden die Kassen vermutlich nicht mitmachen, woraufhin eine Schiedsperson benannt würde, die die Angelegenheit entscheidet. Das ist ein Garant für Unsicherheiten auf beiden Seiten. Was die Schiedsperson entscheidet, kann niemand vorhersagen.



Grundlohnsumme und Beitragssatzstabilität

Damit die Beiträge der Krankenkassen nicht überproportional steigen, hat der Gesetzgeber in § 71 SGB V festgelegt, dass die Vergütung der Leistungserbringer immer nur im gleichen Maße wachsen darf wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Kassen (Beitragssatzstabilität). Die jährlich berechnete Steigerung der Grundlohnsumme stellt den Deckel für das Wachstum bei den Honorarvereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern dar. Das HHVG setzt diesen Deckel für die nächsten drei Jahre, also bis 2019, aus.

Wenn die Schiedsperson zu Gunsten der Therapeuten entscheidet und die Honorare wirklich zwischen 20 und 40 Prozent ansteigen, könnte die GKV über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zurückschlagen. Dort sitzen fünf Vertreter der Krankenkassen – und entscheiden mit über den Heilmittel-Katalog. Sie könnten die höheren Kosten im Heilmittelbereich durch Streichung von Indikationen, Regelfällen oder Therapien wieder zurückfahren.

Entscheidet die Schiedsperson gegen die Forderungen der Therapeuten, wäre das Ergebnis allerdings trotzdem vermutlich noch sehr viel besser als alles, was in den vergangenen Jahren an Erhöhungen zustande kam.

...oder lieber moderate Forderungen?

In einem alternativen Szenario würden die Heilmittelverbände irgendwo zwischen zehn und 20 Prozent mehr Honorar fordern – und damit vermutlich Erfolg haben. Denn den Kassen dürfte klar sein, dass es mit geringfügigen Erhöhungen nicht getan ist. Schon lange merken auch die Krankenkassen, wie ihre Versicherten den Fachkräftemangel in der Heilmittelbranche zu spüren bekommen. In manchen Regionen sind Hausbesuchstermine nur schwer zu bekommen. Viele Patienten können nicht angemessen versorgt werden. Deswegen wollen Kassenvertreter sicherstellen, dass die Honorarerhöhungen auch wirklich bei den angestellten Therapeuten in den Praxen ankommen. Denn nur so kann aus Sicht der Krankenkassen der Fachkräftemangel behoben werden. Diesem Zweck dient vermutlich auch die Erweiterung der Rahmenempfehlungen um die Transparenzvorgaben. Diese kurzfristige Änderung im Gesetzestext zeigt, welchen Einfluss die GKV auf das Gesetzgebungsverfahren hat.

Vor- und Nachteilen abwägen

Die Heilmittelbranche steht in den nächsten drei Jahren unter verschärfter Beobachtung durch die Politik. In der Gesetzesbegründung der Bundesregierung heißt es: „Die Befristung [auf drei Jahre] erfolgt, um Erkenntnisse über die Auswirkungen des Wegfalls der Grundlohnsummenbindung auf den Ablauf der Vergütungsverhandlungen und die Entwicklung der Preise für Heilmittelleistungen zu gewinnen.“ Damit kündigt die Politik zwar nicht ausdrücklich an, die Grundlohnsummenbindung für Heilmittelerbringer nach drei Jahren ganz abzuschaffen. Es zeichnet sich aber die Möglichkeit ab, dass es dazu kommen könnte – wenn die Heilmittelerbringer ihren neuen Handlungsspielraum verantwortungsvoll nutzen.

Die Vertreter der Therapeuten müssen also die Vor- und Nachteile der Strategien abwägen: Entweder sie setzen drei Jahre Höchstforderungen durch und riskieren, dass der Gesetzgeber die Grundlohnsummenbindung wieder einführt. Dann wären sie erneut dem Honorardeckel ausgeliefert, wenn auch auf deutlich höherem Niveau. Oder sie gehen mit niedrigeren Forderungen vor und hoffen, dass dieses „verantwortungsvolle“ Verhalten dazu führt, dass der Verhandlungsspielraum auch nach drei Jahren bestehen bleibt und so weiterhin höhere Abschlüsse möglich sind.

Breiten Ergebniskonsens schaffen

Egal für welche Verhandlungsstrategie sich die Verbände – hoffentlich einvernehmlich – entscheiden: Eine Urabstimmung unter allen Therapiepraxen (unabhängig von Verbandszugehörigkeit) über die Verhandlungsergebnisse würde der Branche sicher guttun. Die Krankenkassen sollten von Anfang an wissen, dass eine solche basisdemokratische Entscheidung seitens der Therapeuten ansteht. Damit hätten die Verbände ein scharfes Verhandlungsschwert in der Hand: die Tatsache, dass die ausgehandelten Ergebnisse von einer breiten Mehrheit der Praxen getragen werden müssen.

Zehn gute Gründe



für mehr Honorar

1. Fachkräftemangel verhindern: Viele frisch ausgebildete Heilmittelerbringer wechseln wegen der niedrigen Gehälter in Therapiepraxen in die Forschung oder zu Wirtschaftsunternehmen. Angestellte Therapeuten verdienen ungefähr so viel wie Assistentinnen in Arztpraxen. Pflegekräfte bekommen pro Jahr zwischen 4.000 bis 8.000 Euro mehr.

2. Fortbildungspflicht kompensieren: Therapeuten sind gesetzlich verpflichtet, Fortbildungen zu absolvieren. Das bedeutet Mehrkosten von insgesamt etwa 90 Millionen Euro im Jahr, die niemals in den Berechnungen der Honorare auftauchen.

3. Schulgeld refinanzieren: Rund 93 Prozent aller Therapie-Fachschulen fordern Schulgeld. Die Ausbildungskosten in Höhe von 15.000 bis 25.000 Euro müssen Therapeuten später irgendwie über ihre Gehälter wieder hereinbekommen.

4. Qualitätsmanagement bezahlen: Heilmittel-Praxen wurden gesetzlich dazu verpflichtet, ein Qualitätsmanagement einzuführen. Das sehen auch die Rahmenempfehlungen und -verträge vor. Hätte sich jede Praxis daran gehalten, wären Kosten in Höhe von rund 240 Millionen Euro entstanden, die wiederum nicht bei den Honorarsteigerungen berücksichtigt wurden.

5. Elektronische Abrechnung finanzieren: Heilmittelerbringer müssen elektronisch mit der GKV abrechnen. Ärzte haben Zuschüsse erhalten, um die nötigen Geräte dafür zu kaufen. Therapiepraxen müssen die laufenden Kosten in Höhe von 18,9 Millionen Euro im Jahr selbst tragen – ohne Honorarausgleich.

6. Patientenrechte berücksichtigen: Die Verlängerung der Aufbewahrungsfristen von Patientendokumentationen von drei auf zehn Jahre verursacht jedes Jahr Kosten von rund 7,2 Mill. Euro. Auch dafür hat es nie eine Honoraranpassung gegeben.

7. Zulassungsbedingungen erfüllen: Therapiepraxen müssen zwingend bestimmte Auflagen erfüllen, um von der GKV eine Kassenzulassung zu erhalten. Das führt dazu, dass Praxen Verluste machen, wenn sie nicht mindestens zwei bis drei Vollzeitkräfte beschäftigen. Die Honorare müssten es aber möglich machen, dass auch Einzelkämpfer Geld verdienen können.

8. Altersvorsorge sichern: Die Branche besteht zu einem erheblichen Anteil aus „Einzelkämpfern“, die in den vergangenen Jahren durch engere Auslegung der Bestimmungen in die Rentenversicherungspflicht getrieben wurden. Die Vergütungen müssen entsprechend angepasst werden.

9. Zusatzqualifikation bezahlen: Zertifikatsfortbildungen kosten Therapeuten durch Kursgebühren und Umsatzausfälle viel Geld. Nach bestandener Prüfung erhalten Therapeuten für die Zertifikatsleistungen dann meistens weniger Geld pro Behandlungsminute als für herkömmliche Behandlungen. Deswegen sollten die Kassen alle Zertifikatspositionen so vergüten, dass sich die Zusatzausbildung nach spätestens drei Jahren bezahlt macht.

10. Bürokratie bezahlen: Jedes Jahr verschärfen G-BA und Krankenkassen die Abrechnungsformalitäten. Der Mehraufwand für Prüfpflichten und ungerechtfertigte Retaxationen beläuft sich inzwischen Jahr für Jahr auf über 23 Millionen Euro. Solche Bürokratiekosten sind bisher noch nicht in die Honorare eingeflossen.

Welchen Nutzen können die Modellvorhaben zur Blankverordnung bringen?



Das HHVG sieht bundesweite Modellversuche zur Blankverordnung vor. Doch welches Ziel verfolgen sie eigentlich? Das hängt davon ab, welche Art von Forschung wir für die Heilmitteltherapie haben möchten. Die Branche könnte die Modellversuche für eine echte Versorgungsforschung im Heilmittelbereich nutzen. Für Therapiepraxen stellt sich zunächst die Frage, ob sie an den Modellprojekten teilnehmen sollen.

Für Heilmittel-Praxen ist die Sache klar: Das „Blankorezept“ ist eine Vorstufe zum Direktzugang. Für manch einen ist sie nicht einmal das: In vielerlei Hinsicht gestalten Therapeuten ihre Behandlung auch heute schon relativ frei (siehe Box auf Seite 22). Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) taucht der Begriff Direktzugang zwar nicht auf, aber der Bundesrat hat Mitte Oktober 2016 eine ziemlich deutliche Forderung formuliert: Das Blankorezept soll die gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen, um Heilmittelerbringer durch Modellvorhaben stärker in die Versorgungsverantwortung der GKV-Versicherten einzubinden. Das soll wiederum einen späteren Direktzugang zu den Therapeuten ermöglichen.

Welche Fakten wollen wir schaffen?

Dieses Ziel des Direktzugangs dürfen die Berufsverbände nicht außer Acht lassen, wenn sie die neuen Modellversuche zur „Blankverordnung“ mit ausgestalten. Denn unabhängig davon, was genau die Modellversuche untersuchen, schaffen sie Fakten, die die zukünftige Situation der Heilmittelerbringer entscheidend beeinflussen werden.

Die bisherigen Modellversuche zur Blankverordnung in Brandenburg und Berlin etwa kranken an ihren Fragestellungen. Die Zwischenergebnisse beschränken sich auf Umfragen unter zufriedeneren Patienten und unter Therapeuten, die erklären, dass sie für Blankorezepte bereit sind. Modellprojekte wie dieses untersuchen lediglich, ob Patienten mit einer Blankverordnung irgendwelche Schäden davontragen oder unzufriedener sind als andere. Das Ergebnis steht von Anfang an fest: Nein, Blankoverordnungen schaden nicht und stellen Patienten auch nicht schlechter. Für diese Erkenntnis brauchen wir weder ein neues Gesetz noch ziellose Begleitforschung.

Bei unklarem Nutzen rücken die Kosten in den Fokus

Das führt uns zum grundsätzlichen Problem der Modellvorhaben in der Heilmittelbranche. Sie belegen vor allem die Kosten für Heilmitteltherapie, bewerten aber nicht den konkreten Nutzen. Da das schon seit Jahrzehnten der Fall ist, liegen auch entsprechend viele Zahlen zu den Kosten vor – und erschreckend wenige Daten zum Therapienutzen. Dieses Ungleichgewicht ist eine Altlast, die jede Gesetzesänderung und jeden Modellversuch begleitet. Ist der Nutzen nicht zu belegen, kann nur der Effekt der Kostensenkung bewertet werden. Dann folgen daraus Modellversuche, bei denen es einzig und allein darum geht, die Kosten zu reduzieren. Das kann nicht das Ziel sein.

KBV droht, Nutzen der Therapie in Frage zu stellen

Auch im politischen Alltag lässt sich das Problem des unbelegten Nutzens beobachten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt zwar die Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung durch das HHVG. Im selben Statement fordert sie jedoch die grundsätzliche Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie. Das liest sich wie eine Drohung: „Ihr Therapeuten bekommt mehr Einfluss auf die Heilmittel? Dann stellen wir einfach grundsätzlich in Frage, ob Ihr den Nutzen Eurer Therapie nachweisen könnt!“

Heilmittelerbringer sollten das besser ernst nehmen. Es ist höchste Zeit, dass Therapeuten die Möglichkeit bekommen, den medizinischen und wirtschaftlichen Nutzen ihrer Therapie und deren Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu belegen.

Kein Budget für Therapieforschung

Dazu benötigt es eigene Forschung – und die kostet Geld. Pharmabranche und Hilfsmittelhersteller haben ihre eigenen Forschungsbudgets, die in den Preisen für Medikamente und Hilfsmittel einkalkuliert sind. Solche Etats fehlen im Heilmittelbereich vollständig. Weder nehmen die Honorare Rücksicht auf Therapie-

forschung, noch gibt es Universitäten, die sich mit „Evidence Based Therapy“ beschäftigen.

Mit den neuen Modellvorhaben könnten Therapiepraxen dieses Finanzierungsproblem der Therapieforschung lösen. Denn der Gesetzgeber schreibt ausdrücklich Begleitforschung vor. Die kann nur die GKV finanzieren. Gelingt es dann, die Fragestellungen der Begleitforschung weg von den Kosten und hin zum Nutzen zu stellen, wäre das ein sinnvoller Start für die Nutzenforschung.

Dazu braucht es allerdings den politischen Willen, eine derartige Forschung in Gang zu setzen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen müssen bereit sein, entsprechende Studien zu finanzieren. Denn so viel ist klar: Mit ihren aktuellen Honoraren bleibt den Heilmittelerbringer kein Spielraum, um selbst in Forschung zu investieren.

Unklarer Wirkstoff „Therapie“

Wer Therapieforschung betreiben will, muss sich vor allem erst einmal überlegen, was genau er denn unter Therapie versteht. Wer zum Beispiel ankündigt, das „Wetter“ erforschen zu wollen, der bleibt allein mit diesem Begriff furchtbar ungenau. Möchte er nun Sonnenstunden messen, Niederschlagsmengen erfassen, Windstärken bestimmen oder Temperaturen vergleichen?

Vergleichbar verhält es sich mit dem Begriff „Therapie“. Dieser umschreibt noch nicht unbedingt, was genau ein Therapeut während einer Therapie macht. Wer Therapie wirklich untersuchen will, der muss erst einmal klare Teilbereiche und Tätigkeitsfelder identifizieren. Dass das bislang nur bedingt gelang, lässt sich gut an den medizinischen Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften ablesen. Diese Leitlinien empfehlen oft Physiotherapie oder Ergotherapie, ohne dass klar wird, welche Erfahrungen,



Weiterbildungen oder Spezialisierungen die Therapeuten benötigen, um genau die in der Leitlinie beschriebene Therapie zu erbringen.

Anders formuliert: Während man den Wirkstoff einer Tablette sehr genau kennt und deren Wirkung dann relativ genau untersuchen kann, lässt sich der Wirkstoff „Therapie“ nicht ansatzweise so genau bestimmen. Entsprechend schwierig ist es, die Wirkung dieser unspezifischen Therapie zu untersuchen.

Welche Wirkung wollen wir untersuchen?

Zweites zentrales Problem der Begleitforschung von Modellvorhaben ist die Frage nach dem Zeitpunkt der Wirkungskontrolle. Es ist fraglich, ob sich die in der Pharmaforschung etablierten Ansätze mit ihren streng kontrollierten Laborbedingungen genauso auf die Heilmitteltherapie übertragen lassen. Bei Forschungen zur Wirkung von Tabletten misst man meistens ganz kleine Effekte, zum Beispiel die Veränderung eines Blutwertes. Das Forschungsergebnis gilt dann in der Regel unabhängig davon, ob der Patient vier Wochen später verstorben ist oder nicht.

Therapeuten arbeiten hingegen zumeist daran, die Lebensqualität ihrer Patienten zu verbessern. Die Erweiterung der Flexion in einem bestimmten Gelenk ist weniger wichtig als die Tatsache, dass der Patient sich wieder anziehen kann. Deswegen sollten Forscher die Wirkung von Therapie nicht mit den Methoden der Arzneimittelforschung angehen, sondern Ansätze aus der Versorgungsforschung hernehmen. Denn diese vermisst exakt das, was Therapie zu beeinflussen mag: die Lebensqualität der Patienten.

Berufskammer würde Versorgungsforschung erleichtern

Die dritte Fragestellung beschäftigt sich mit dem „Wer“? Wer legt fest, welche Fragestellungen die Begleitforschung untersucht? Krankenkassen, Politik, Berufsverbände, Fortbildungsinstitute? Wenn es viele verschiedene Modellversuche gibt, wer führt dann die Ergebnisse der verschiedenen Begleitforschungen zusammen?

Über allem schwebt das liebe Geld: Wer übernimmt eigentlich die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Therapie in den Modellversuchen? Diese Frage hat durchaus das Potential, Modellversuche zu verhindern. Ärzte werden sich weigern, Blankoverordnungen zu Lasten ihrer eigenen Budgets auszustellen. Und Therapeuten haben mangels öffentlich-rechtlicher Kammer keine Möglichkeit, selbst Wirtschaftlichkeitsvereinbarungen und -prüfungen durchzuführen

Professor Hecken, Vorsitzender des G-BA, stellte jüngst die erste Förderwelle von Versorgungsforschungsprojekten durch den Innovationsfonds vor. Dabei klagte er, es würden sich nicht genug nicht-ärztliche Leistungserbringer um solche Förderprojekte bewerben. Das ist kein Wunder: Sowohl Pflegekräften als auch Therapeuten fehlt die öffentlich-rechtliche Organisationsstruktur, die einen Dialog mit den Krankenkassen auf Augenhöhe ermöglicht und die die notwendigen Mittel eröffnet, um Versorgungsforschung zu finanzieren.

Teilnehmen oder nicht?

Für Therapeuten stellt sich jetzt die Frage, ob sie mit der eigenen Praxis an einem Modellversuch teilnehmen sollten oder nicht. Ziele und Nutzen der Modellversuche haben wir erläutert – es bleiben die betriebswirtschaftlichen Überlegungen:

- ▶ Was bringt der Modellversuch meiner Praxis im Vergleich zu normalen Verordnungen: mehr Umsatz, mehr Rezepte (wenn ich die überhaupt brauche), bessere Zusammenarbeit mit den Ärzten, weniger Absetzungen?
- ▶ Was kostet mich die Teilnahmen am Modellversuch im Vergleich zu normalen Verordnungen: mehr Organisation, zwei unterschiedliche Verordnungsarten in der Praxis, mehr Regeln, die Angst der Mitarbeiter, etwas falsch zu machen?

Bei den jetzt hoffentlich bald ausgeschriebenen Modellversuchen können Therapeuten sich diese Fragen Stück für Stück beantworten und wissen dann vermutlich ganz genau, ob ein Modellvorhaben für sie eine gute Idee ist oder nicht.

Blankverordnung ist schon lange etabliert

Blankverordnungen sind in Deutschland de facto ein seit Jahrzehnten etablierter Standard. Das, was Ärzte verordnen, ist in der Regel so unspezifisch, dass es einem Blankorezept gleichkommt.

Besonders deutlich ist das bei Logopädie-Verordnungen. Die Verträge mit den Leistungserbringern besagen ausdrücklich, dass die Therapeuten frei entscheiden, wo genau das Kreuz auf der Verordnung hinkommt, bei Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie. Kein Wunder, dass Logopädie-Vertreter in der Anhörung vor dem Bundestag sagten, die Blankverordnung bringe sie nicht weiter.

Notiert ein Arzt „Krankengymnastik“ auf einer Verordnung, weiß er auch nicht wirklich, was in der Therapie passiert. Möglich ist vieles – von der Massage bis hin zu KG-Gerät. Genau benennen, geschweige denn messen, lässt sich der Inhalt der Therapie nicht. Und unter den Posten „Krankengymnastik“ fällt fast ein Drittel aller Heilmittelleistungen, die Therapeuten in Deutschland abrechnen.

Auch die Verordnung von Ergotherapie ist keine klare Handlungsanweisung eines Arztes. Sie kommt eher einer Erlaubnis für einen Ergotherapeuten gleich, den Patienten zu Lasten der GKV behandeln zu dürfen. Was genau in der Behandlung passiert, entscheidet natürlich der Therapeut.

Physiotherapeuten können sich jetzt auch „weiterbilden“ lassen

Manchmal bewirken winzige Änderungen in Gesetzestexten große Veränderungen in der Welt. So hat sich in das Gesetzgebungsverfahren zum HHVG der Begriff „Weiterbildung“ eingeschlichen. Das könnte überraschende Folgen für alle Beteiligten haben.



In Zukunft sollen die Rahmenempfehlungen zwischen den Physiotherapeuten und Krankenkassen nicht mehr nur die Fortbildung regeln, sondern die „Fort- und Weiterbildung“. Damit kommt der Begriff „Weiterbildung“ in der Heilmittelbranche an, was interessante Perspektiven eröffnen könnte.

In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Durch die Ergänzung wird bestimmt, dass die Einzelheit der erforderlichen Weiterbildung in den Verträgen zwischen den Krankenkassen mit den Leistungserbringern zu regeln sind. [...] Hierdurch wird eine verbindliche bundesweite Anwendung der Vorgaben sichergestellt.“ Der Gesetzgeber differenziert bewusst zwischen Fort- und Weiterbildung mit „dem Ziel der Qualitätssicherung im Heilmittelbereich.“ Als „Weiterbildung“ sieht er die sogenannten „besonderen Maßnahmen“ der Physiotherapie an, also zum Beispiel die Ausbildung in Lymphdrainage und Manuellen Therapie. Alle Zertifikatsleistungen der Physiotherapeuten mutieren mit dieser Gesetzänderung nun offiziell zu Weiterbildungen.

Ärzte unterscheiden klar zwischen Fort- und Weiterbildung

Wer sich jetzt fragt, was eigentlich der Unterschied zwischen Fort- und Weiterbildung ist, der findet außerhalb des Gesundheitswesens dazu keine wirklich gute Unterscheidung. Im Gesundheitswesen sieht das ganz anders aus: Die Ärzte haben den Unterschied zwischen Fort- und Weiterbildung sehr sauber herausgearbeitet (siehe Boxen). Eine Fortbildung stellt lediglich die „kontinuierliche Verbesserung“ ihrer Arbeit sicher. Weiterbildung dienen dazu, sich neue Fähigkeiten anzueignen und anschlie-

ßend auch formal eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung im Praxisschild führen zu dürfen.

Nun müssten also auch Physiotherapeuten ihr Zertifikat als ergänzende Bezeichnung auf dem Praxisschild führen dürfen – vorausgesetzt, ein Therapeut der Praxis verfügt über die entsprechende Weiterbildung.

Ärzte zahlen nur Fortbildungen selbst

Ein Blick auf die ärztliche Weiterbildungsordnung zeigt, dass sich Fort- und Weiterbildung auch in Sachen Finanzierung unterscheiden. Während die Fortbildung von jedem Arzt „selbstbestimmt“ und selbstfinanziert wird, findet eine ärztliche Weiterbildung „in angemessen vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit“ statt. So bilden sich Ärzte zum Beispiel zum Facharzt für Orthopädie weiter, während sie an einer orthopädischen Klinik arbeiten.

Das müsste sich auch auf die Physiotherapie übertragen lassen. Könnten sie zukünftig ihre Weiterbildung während der laufenden Berufstätigkeit erarbeiten, wäre es nur angebracht, dass das Gesundheitssystem dafür aufkommt. Das eröffnet vollkommen neue Perspektiven auf die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen – erfordert aber auch ein völlig neues Weiterbildungs-System, in dem Physiotherapeuten zum Beispiel direkt nach ihrer Ausbildung in Praxisstationen Zertifikate erwerben. Es wäre nur folgerichtig, wenn dann zum Beispiel Therapiepraxen mit Manualtherapeuten Auszubildende in Manueller Therapie weiterbilden und sich die Kosten dafür von der Kasse zurückholen könnten.

Last-minute-Korrektur

In einem Gesetzgebungsverfahren müssen viele Interessen miteinander verknüpft werden. Das gilt auch für das HHVG, das deswegen sogar noch in letzter Minute um ein neues Thema erweitert worden ist: „Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen“ wird es in Zukunft geben. Mit unklaren Folgen für Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter.



Eilig ausgeführte Korrekturen während des Gesetzgebungsverfahrens laufen Gefahr, nicht zu Ende gedacht zu sein. Genauso wirkt es auch bei den „Transparenzvorgaben“, die das HHVG dem Paragraphen 125 SGB V hinzufügt. Dort heißt es nun, die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene sollen um „Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ ergänzt werden. Die Gesetzesbegründung erläutert dann, das Ziel sei, „dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen.“ Damit folgt der Gesetzgeber einer Systematik, die zum Beispiel auch bei Pflegesatzverhandlungen mit Altenpflegeeinrichtungen zur Anwendung kommt. Dort müssen die Leistungserbringer den Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten nachweisen.

Verbände und Kassen sollen Löhne messen

„Um die Vertragsverhandlungen zu erleichtern, sollen sich die Vertragspartner [Heilmittelverbände und GKV-Spitzenverband] an einheitlichen Vorgaben zu entsprechenden Nachweispflichten orientieren können. Der Nachweis über die Zahlung von Tariflöhnen und die Höhe von Arbeitsentgelten hat dabei in anonymisierter Form zu erfolgen“, so steht es weiter in der Gesetzesbegründung.

Jetzt kommt es also darauf an, wie sich Heilmittelverbände und Kassen einigen. Sie sollen eine Regelung in die Rahmenempfehlungen aufnehmen, mit der sie die „Höhe von Arbeitsentgelten“ messen können, ohne dass dabei Aufwand für die einzelnen Praxen entsteht. Ein solches Verfahren zu entwickeln und Löhne verlässlich zu erheben, könnte tatsächlich höchst sinnvoll sein. Denn derzeit gibt es dazu kaum verlässliche Zahlen. Tariflöhne gelten in der Heilmittelbranche nur für Therapeuten, die in der stationären Versorgung arbeiten. Und es ist immer noch üblich, sogenannte „Freie Mitarbeiter“ zu beschäftigen. ■ [bu]

Kommentar



Transparenzvorgaben sind aktuell überflüssig!

Ein Kommentar von Ralf Buchner

In letzter Minute hat der Gesetzgeber Transparenzvorgaben in das HHVG aufgenommen. Das hilft momentan weder den Krankenkassen, noch den Mitarbeitern, noch den Praxen.

Grundsätzlich ist das nachvollziehbar: Krankenkassen haben ein Interesse daran, dass steigende Honorare auch bei den angestellten Therapeuten ankommen. Die Heilmittelverbände müssen nun mit den Kassen die Rahmenempfehlungen ergänzen. Aufgabe ist, das allgemeine Lohnniveau im Therapiebereich zu ermitteln und transparent für alle darzustellen. Auf die Heilmittelerbringer kommt jetzt noch mehr Bürokratie zu.

Krankenkassen könnten diese Ergebnisse dazu nutzen, Honorarverhandlungen zu bremsen. Zur Kompensation des fehlenden Grundlohnsummen-Deckels können sie die Praxisvergütungen an die Arbeitsentgelte koppeln – frei nach dem Motto: „Weist uns nach, dass die zehn Prozent mehr Vergütung auch bei euren Mitarbeitern ankommen. Sonst können wir euch keine Steigerungen auf diesem Niveau mehr gewähren.“

Neue Hürden für Honorarverhandlungen

Wenn Verbände und Kassen dann die Daten anonym erheben und draus einen bundesdeutschen Durchschnitt ermitteln, kommt trotzdem bei manchen Angestellten nichts an. Praxen, die faire Löhne bezahlen werden in Sippenhaft genommen für andere, die ihre Mitarbeiter unterdurchschnittlich entlohnen. Die neue Regelung wird also vor allem die Verhandlungen zur Vergütung erschweren. Dabei sollte sie durch den Wegfall der Grundlohnsummenbindung eigentlich doch freier und einfacher werden.

Das Bundessozialgericht sah Transparenzvorgaben für den Fall vor, dass die Vertragspartner eine Vergütungserhöhung vereinbaren, die über die Grundlohnsummensteigerung hinaus gelten soll. Gäbe es die Grundlohnsummenbindung derzeit noch, ließen sich höhere Vergütungen rechtfertigen. Das ist aber leider nicht der Fall.

Unser Fazit: Dass Angestellte gut verdienen sollen, ist ein berechtigtes Anliegen. Die gesetzliche Neu-regelung aber ist bürokratisch und überflüssig.

Kommentar



Sechs Dinge, die Heilmittelverbände aus der Politik lernen können

Viele Heilmittelverbände haben ein Problem: Die Mitgliederzahlen wachsen nicht so, wie sich die Zahl der Therapeuten entwickelt. Manche Verbände verzeichnen sogar Jahr für Jahr weniger Mitglieder. Gleichzeitig freut sich der Bundestagsabgeordnete Dr. Roy Kühne über regen Zuspruch aus der Branche, bis hin zu Spendeninitiativen zur Unterstützung seiner Wiederwahl. Für die Heilmittelverbände könnte es sich lohnen, einen Blick auf die Arbeit des Politikers zu werfen. Hier sind sechs Dinge, die Heilmittelverbände von Roy Kühne lernen können.

1 Demokratie leben

Ein Bundestagsabgeordneter ist zweifelsfrei demokratisch legitimiert. Wenn die Menschen im Wahlkreis von Kühne es gut finden, wie er in Berlin agiert, dann können sie ihn wählen. Und in Berlin können die (ebenfalls gewählten) Bundestagsabgeordneten seiner Fraktion entscheiden, ob Kühne im Gesundheitsausschuss sitzen soll oder nicht. Das sind nachvollziehbare demokratische Prozesse.

Etwas anders läuft es in den Verbänden. Dort können Bundesvorstände oft nur indirekt gewählt werden, die Machtverhältnisse zwischen den verschiedenen

Landes- und Bundesstrukturen sind unklar. Darüber, wer auf welche Weise Kassenverhandlungen führt, stimmen die Mitglieder in der Regel nicht ab, sie müssen die Ergebnisse meist einfach hinnehmen. Außerdem verhandeln die Vertreter der Verbände stellvertretend für alle Therapeuten, obwohl nur knapp ein Drittel aller Therapeuten überhaupt in Verbänden organisiert ist.

Das könnten Verbände daraus lernen: Für viele Therapeuten wäre es sicherlich attraktiv, Mitglied in einem Verband zu sein, der seine Mitglieder an Entscheidungsprozessen beteiligt. Verbände könnten zum Beispiel, wie Gewerkschaften, über Verhandlungsergebnisse abstimmen lassen.

Offen für die Ideen anderer sein

Viele Verbände leiden unter dem „not invented here“-Syndrom: Wenn die Idee nicht von uns kommt, kann sie nicht gut sein! Einige Physio-Landesverbände schaffen es etwa nicht, sich auf gemeinsame Honorarverhandlungen zu einigen. Das bedeutet nichts weiter, als dass sie in diesem Fall die Eigeninteressen ihres Verbandes über das Wohl der Branche stellen. Ein Blick auf den CDU-Politiker Kühne zeigt, dass es

2

auch anders geht. Er nutzte auch Vorschläge und Impulse, die aus anderen Parteien und politischen Richtungen kamen, wenn sie den Zielen der Branche dienten.

Das könnten Verbände daraus lernen: Offen sein für Impulse von außen könnte bedeuten, auch Praxen, die nicht in einem Verband sind, mit darüber abstimmen zu lassen, ob ein bestimmtes Verhandlungsergebnis angenommen werden sollte oder nicht. Solche Offenheit und die Möglichkeit zur Mitbestimmung helfen dabei, neue Mitglieder zu werben.

3 Bereitschaft zur Konfrontation zeigen

Während die meisten Heilmittelverbände sich nicht einmal trauen, in Konfrontation zu KVen oder Krankenkassen zu gehen, hat Kühne in der Öffentlichkeit klare Kante gezeigt. Er stellte klare Forderungen an seine eigene Fraktion, an Ärzte und Krankenkassen. Freilich haben viele Menschen sich über Kühne geärgert – aber es gab niemanden, der seine Forderungen überhören konnte.

Das könnten Verbände daraus lernen: Konfrontation ist nicht schlimmes, sondern sorgt dafür, dass man Forderungen in der Politik auch umgesetzt bekommt.

4 Sich für seine Wähler/Mitglieder interessieren

Aus Sicht ihrer Mitglieder mauscheln Verbände das meiste auf Vorstandsebene unter sich aus. Mitglieder dürfen praktisch nichts mitbestimmen. Selten diskutieren Vorstand und Mitglieder gemeinsam, wie der Verband sich in einer bestimmten Sache positionieren soll.

Kühne wiederum hat sich hunderten Diskussionen mit seinen therapeutischen Kollegen gestellt, er hat zugehört, Hände geschüttelt, seine Standpunkte vertreten und von der Basis gelernt. Wann immer es geklappt hat, hat er Einladungen zu Therapeutenstammtischen und Veranstaltungen angenommen. Vermutlich hatte Kühne in den vergangenen Jahren deutlich mehr Kontakt zur Basis als die Vorsitzenden der großen Verbände.

Das könnten Verbände daraus lernen: Kontakt zur Basis ist wichtig, um Kollegen in Entscheidungsprozesse einzubinden, zu verstehen, wie sie ticken und welche Probleme sie haben. Manchmal reicht es auch schon, einfach nur zuzuhören, anstatt sich über unmotivierte Mitglieder zu beschweren.

5 Projekte zielorientiert angehen

Unabhängig davon, wie man das Ergebnis des HHVG bewertet – Kühne hat sein Projekt in einer Legislaturperiode durchgesetzt. Es hat ihm nicht gereicht, Zeit im Bundestag und im Gesundheitsausschuss abzusitzen. Er hat auch nicht Monate damit verbracht, über Lösungen für ein Problem zu grübeln. Stattdessen hat er sich konsequent und engagiert dafür eingesetzt, etwas zu bewegen.

Das könnten Verbände daraus lernen: Es geht nicht darum, alle Probleme der Heilmittelerbringer sofort zu lösen. Der erste Schritt ist immer, Probleme zielorientiert anzufassen. Es muss darum gehen, Mitgliedern in einem Verband die Möglichkeit zu geben, neue Impulse zu setzen. Die Vorstände sollten verbandsinternen Freiraum schaffen, den junge Kollegen brauchen, um ihre Projekte wirklich umsetzen zu können.

6 Transparenz schaffen

Bundestagsabgeordnete sind zu einer gewissen Transparenz verpflichtet. Das hat zur Folge, dass sich Kühne auch schon mal als Lobbyist bezeichnen lassen musste. Jedermann kann sich Einkünfte und Abhängigkeiten des Politikers Kühne ansehen. Verbände auf der anderen Seite dürfen in ihrer Rechtsform als Vereine vollkommen intransparent auftreten. Deswegen müssen die Heilmittelverbände sich auch immer mal wieder fragen lassen, was sie eigentlich mit dem Geld machen, dass sie mit Fortbildungen, Beteiligungen an Abrechnungsgesellschaften und so weiter machen. Jeder AG schreibt das Gesetz heute vor, die Gehälter der Vorstandsmitglieder offenzulegen. In Verbänden findet so etwas oft nicht statt. Mit dem Ergebnis, dass Gerüchte und Halbwahrheiten in der Branche umgehen. Das könnten Verbände daraus lernen: Eine transparente Verbandsführung, die erkennbar macht, wo es finanzielle und ideelle Abhängigkeiten gibt, würden es sicherlich manchem Praxisinhaber erleichtern, sich für die Mitgliedschaft in einem Verband zu erwärmen.

Hinweis an Verbandsfunktionäre: Dieser Text ist dazu gedacht, Verbände und ihre Aktivitäten zu stärken. Es geht also nicht um „Verbandsschelte“, sondern darum, ernstgemeinte Vorschläge zu entwickeln, die den Verbänden dabei helfen, Mitglieder zu gewinnen und zu halten und damit mehr politische Durchschlagskraft zu gewinnen. ■

[bu]

Jedem, was er verdient

Flexible Gehälter und Leistungslohnmodelle

Wenn Praxisinhaber ihre Mitarbeiter durch variable Gehälter und Prämien motivieren wollen, gibt es einiges zu beachten. Für unterschiedliche Situationen und Mitarbeiter sind verschiedene Arten von Lohnmodellen sinnvoll. Für den Weg dorthin können Unternehmer sich aber in der Regel an einem Neun-Schritte-Leitfaden orientieren.

Manchmal wächst eine Mitarbeiterin über sich hinaus. Sie bringt sich ein, wo immer es geht, motiviert durch ihren Einsatz das ganze Team und trägt dazu bei, dass die Praxis ihren Umsatz erhöht. Als Belohnung erhält sie ein aufrichtiges Lob, vielleicht noch die Aussicht auf eine Gehaltserhöhung, wenn mal wieder Geld in der Praxiskasse ist. Motivierend wirkt das auf viele Therapeuten nicht gerade. Deswegen fragen sich einige Praxisinhaber, wie sie engagierte Mitarbeiter für ihre besonderen Leistungen belohnen können – und ob alle Therapeuten der Praxis wirklich das gleiche Entgelt „verdient“ haben.

Mitarbeiter an ihrem eigenen Erfolg teilhaben lassen

In den meisten Beschäftigungsverhältnissen zahlen Arbeitgeber Monat für Monat das gleiche Entgelt. Dieses System berücksichtigt nicht, wie hoch die Auslastung des Therapeuten war. Oder welchen Umsatz sie jeweils bewirkt haben. Oder was sie zur Patientenbindung beigetragen haben. Und so weiter.

Es stellt sich also die grundsätzliche Frage: Wie kann ich die Leistung und das zu zahlende Entgelt miteinander verknüpfen? Die Lösung können sogenannte Leistungslohnmodelle sein.





Freie Mitarbeiter

Ein reines Leistungslohnmodell kennen Sie sicherlich: Ein Praxisinhaber beauftragt einen selbständig tätigen Therapeuten. Landläufig bezeichnet man diese Selbstständigen auch als „Freie Mitarbeiter“ oder „Freiberufler“.

Hier herrschen, zumindest vordergründig, klare Verhältnisse: Sie erteilen dem selbständig tätigen Therapeuten einen Auftrag. Er führt ihn durch und erhält danach zum Beispiel 70 Prozent des Umsatzes, den er für die Praxis erzielt hat.

Scheinselbstständigkeit verkompliziert freie Mitarbeit

Doch diese einfachste Form eines Leistungslohnmodells hat eine Komplikation: die Scheinselbstständigkeit. Die Behörden können auf eine Vermutung hin prüfen, ob ein Mitarbeiter tatsächlich frei für die Praxis arbeitet – und nicht vielleicht weisungsgebunden und in vergleichbarer Stellung wie ein abhängig und sozialversicherungspflichtig Beschäftigter.

Die Kooperation mit freien Mitarbeitern birgt für Sie als Praxisinhaber deswegen nicht unerhebliche finanzielle Risiken. Sollte sich herausstellen, dass es sich um ein abhängiges Arbeitsverhältnis handelt, fordert die Deutsche Rentenversicherung Bund die eigentlich fällig gewordenen Beiträge zuzüglich Versäumnisgebühren von Ihnen ein. Das kann rückwirkend für bis zu fünf Jahre geschehen und wirtschaftlich durchaus existenzbedrohend werden.

Status des Freiberuflers vor der Zusammenarbeit prüfen

Im Jahr 2014 beschlossen das Bayerische Landessozialgericht und das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, die Maßstäbe zur Feststellung einer freien Mitarbeit enger einzuzugrenzen. Seitdem haben immer mehr Praxisinhaber ein ungutes Gefühl, wenn sie freie Mitarbeiter beauftragen.

Empfehlenswert ist es, vor Beginn der Zusammenarbeit den Status eines freien Mitarbeiters zu prüfen. Eine hundertprozentige Sicherheit bietet jedoch auch eine solche Statusfeststellung nicht. Entscheidend ist immer, wie Sie das Arbeitsverhältnis tatsächlich gestalten. Außerdem erfordert jede Änderung der Zusammenarbeit eine erneute Statusfeststellung.

Vorüberlegungen und Voraussetzungen

Freie Mitarbeit ist natürlich keine wirkliche Möglichkeit, Leistungsträger im Team oder auch besondere Leistungen gezielt zu bewerten und zu entlohnen. Vielmehr braucht es ein ausgearbeitetes Leistungslohnmodell. Praxisinhaber sollten hier keinen Schnellschuss wagen. Schließlich geht es um die Entlohnung von Arbeit, die Wirtschaftlichkeit Ihres Unternehmens und auch um die berufliche Existenz Ihrer Mitarbeiter.

Ein Grundgedanke ist dabei häufig, das Gehalt in zwei Komponenten aufzuteilen. Ein Teil des monatlichen Entgelts ist dann zum Beispiel fix, ein weiterer Teil variabel. Der variable Anteil stellt dann

die Leistungskomponente dar. Mit ihm können Praxischefs Mitarbeiter von Monat zu Monat in unterschiedlichem Maße belohnen – je nachdem, wie gut sie mitziehen.

Erwartungen kommunizieren

Die Idee ist nachvollziehbar, bringt aber auch ein Problem mit sich, besser gesagt, eine Frage: Was bedeutet „gut mitziehen“ für Sie? Und wissen Ihre Mitarbeiter das auch? Entscheidend ist die Kommunikation. Teilen Sie Ihren Mitarbeitern überhaupt mit, was Sie von ihnen erwarten? Informieren Sie sie über die Ergebnisse ihrer Arbeit – und darüber, ob sie Ihre Erwartungen erfüllen?

Tipp 1

Prüfen Sie also, ob Sie Ihre Erwartungen klar dargestellt haben, am besten auch schon im Arbeitsvertrag und/oder in der Arbeitsplatzbeschreibung. Stellen Sie sicher, dass Sie in Einzelgesprächen thematisieren, wenn einzelne Mitarbeiter Ihren Anforderungen nicht gerecht werden. Denn ein Leistungslohnmodell wird dieses Problem nicht lösen. Es wird eher Misstrauen und schlechte Stimmung schüren und schlimmstenfalls dafür sorgen, dass Mitarbeiter kündigen.

Lohnmodell transparent machen

Eine wichtige Voraussetzung, damit leistungsorientierte Bezahlung funktioniert, ist gegenseitiges Vertrauen. Um das zu schaffen,



ist neben Kommunikation auch Transparenz entscheidend. Stellen Sie für Ihre Mitarbeiter nachvollziehbar dar, wie Sie die variablen Anteile des Entgelts berechnen. Es wird unumgänglich sein, dabei einige Zahlen des Unternehmens aufzudecken.

Folgendes Beispiel macht das deutlich:

Praxischef und Mitarbeiter haben einen festen Lohnbestandteil (Fixlohn) in Höhe von monatlich 1.500 Euro brutto vereinbart. Dazu kommt ein variabler Lohnbestandteil von 10 Prozent des vom Mitarbeiter im jeweiligen Monat erwirtschafteten Umsatzes. Nehmen wir an, der Therapeut hat mit seinen Therapien und Selbstzahlerleistungen im Oktober für 6.000 Euro Umsatz gesorgt.

Er erhält dann Anfang November zusätzlichen zu den fixen 1.500 Euro noch einmal 600 Euro, also insgesamt 2.100 Euro brutto. Der Therapeut wird daraufhin Ihre Daten zu seinen Umsätzen sehen wollen – was durchaus nachvollziehbar ist.

Tipp 2

Falls Sie nicht bereit sind, den Mitarbeitern die Unternehmenszahlen teilweise zugänglich zu machen, sind Leistungslohnmodelle nur eingeschränkt für Sie geeignet. Sie können dann beispielsweise zusätzliche Leistungen honorieren, wie das Erarbeiten eines Kurs-Konzepts und die Organisation bestimmter Abläufe. Das können Sie regeln, ohne weitere Einsicht in die Unternehmenszahlen zu gewähren.

Lohnfortzahlung schützt Mitarbeiter bei Krankheit und Urlaub

Bei manch einem Praxischef keimt im Zusammenhang mit Leistungslohnmodellen folgende Idee: „Ist mein Mitarbeiter im Urlaub oder krank, so spare ich ja den variablen Lohnanteil!“ So funktioniert das allerdings keinesfalls. Der Gesetzgeber sieht gewisse Schutzmechanismen für Arbeitnehmer vor: die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und die Lohnfortzahlung bei Urlaub. In beiden Fällen steht dem Arbeitnehmer der Lohn zu, den er im Durchschnitt auch in den letzten 13 Kalenderwochen erhielt. Das unternehmerische Risiko von Krankheitsfällen können und sollen Sie also nicht auf die Arbeitnehmer abwälzen.

Wann ist welches Leistungslohnmodell sinnvoll?

Bevor Sie ein Leistungslohnmodell einführen, sollten Sie hinterfragen, ob es das richtige Werkzeug ist, um eventuell vorhandene Umsatz-, Kosten- oder Kommunikations-Probleme in Ihrer Praxis zu lösen. Wie oben beschrieben, wird ein Leistungslohnmodell nur dann gelingen, wenn ...

- ▶ zwischen Ihnen und den angestellten Therapeuten ein Mindestmaß an Vertrauen herrscht.
- ▶ Sie bereit sind, entsprechende Unternehmenszahlen transparent zu machen (je nach Lohnmodell).

Je nach der konkreten Problemstellung ergeben sich dann ganz unterschiedliche Ansätze. Nur nach einer sorgfältig durchgeführten IST-Analyse Ihre Praxiszahlen und das Team betreffend können Sie die richtigen Werkzeuge auswählen.

Wer soll belohnt werden – und für was?

Stellen Sie sich die Frage, wen Sie belohnen wollen. Wer ist in diesem Fall überhaupt das Team? Nur Therapeuten? Auch Rezeptionsfachkräfte? Und Reinigungskräfte? Denken Sie auch darüber nach, ob Sie das Team als Ganzes oder einzelne Therapeuten für besondere Leistungen belohnen möchten.

Denken Sie außerdem darüber nach, was genau Sie belohnen möchten. Honorieren Sie Beiträge zu mehr Umsatz und Gewinn? Bewerten und bezuschussen Sie bestimmtes Verhalten oder einzelne Projekte?

Wenn Sie für sich diese Auswahlkriterien geklärt haben, folgt eine Schlüsselfrage: „Kann der Mitarbeiter das Ergebnis beeinflussen?“ Kann er also aus eigener Kraft dafür sorgen, dass er mehr Umsatz erwirtschaftet oder dass ein bestimmtes Projekt zum Erfolg wird? Nur dann ist ein Lohnmodell sinnvoll.

Beispiel: Heizkosten reduzieren

Folgendes, sehr alltägliches Beispiel zeigt, wie Sie durch eine Prämie das Verhalten des gesamten Teams steuern können: Sie möchten die Energiekosten der Praxis senken und mit der Gasrechnung für die Heizung beginnen. Ihr Ziel ist es, im nächsten Abrechnungszeitraum 10 Prozent niedrigere Kosten zu verbuchen. Dazu können alle Teammitglieder beitragen, indem Sie zum Beispiel die Heizung abends herunterregeln, richtig stoßlüften und so weiter.

Für den Fall, dass das Vorhaben gelingt, versprechen Sie dem ganzen Team eine beliebige, aber angemessene Prämie. Das kann etwa ein gemeinsames Essen sein oder ein Gutschein. Einer Faustregel nach sollten wenigstens 50 Prozent der Ersparnisse allerdings im Unternehmen bleiben.

Beispiele für Lohnmodelle

Folgende Lohnmodelle unterscheiden sich nach Ziel und Adressat. Individuelle Lösungen zielen dabei auf einen einzigen Mitarbeiter ab, Teamlösungen belohnen das ganze Team. Kombinierte Lösungen sind eine Mischung aus beiden Varianten.

Lohnmodell: Prämie für Zielerreichung

Beispiel:

Neues Kursangebot erfolgreich geplant, beworben und an den Start gebracht.

Einmalige Prämie: 400,00 Euro brutto (Arbeitnehmerbrutto)

Adressat: Individuallösung

Lohnmodell: Prämie nach Jahresumsatz der Praxis

Beispiel:

Jahresumsatzziel: 190.000 Euro

Tatsächlich erreicht: 210.000 Euro

20 Prozent der 20.000 Euro werden an das Team ausgeschüttet, anteilig nach der jeweils geleisteten Arbeitszeit.

Adressat: Teamlösung für Therapeuten, die Sie nach Belieben auf Rezeptionsfachkräfte und auch auf Reinigungskräfte ausweiten können.

Lohnmodell: Variabler Lohnanteil mit eigenem Umsatzsockel

Beispiel:

Fixlohn: 1.700 Euro brutto (40 Std./Woche)

Umsatzsockel: 4.500 Euro (ab diesem Umsatzwert wird der variable Lohnanteil berechnet)

Erreichter Monatsumsatz: 6.100 Euro

Differenz Monatsumsatz minus Umsatzsockel: 6.100 Euro – 4.500 Euro = 1.600 Euro

Variabler Lohnanteil: 20 Prozent von 1.600 Euro (brutto)

Der Therapeut erhält also 1.700 Euro plus 320 Euro = 2.020 Euro

Adressat: Individuallösung für Therapeuten

Lohnmodell: Verkaufsprovision

Beispiel:

Präventions-Kurs, Überbrückungs-Therapie oder ähnliches verkauft oder den Verkauf angebahnt.

Provision: 10 Prozent vom Verkaufswert oder ein Fixbetrag, der sich am durchschnittlichen Umsatz je Behandlung orientiert.

Adressat: Individuallösung oder auch Teamlösung

Tipp

Das Thema „Verkauf“ ist oftmals sehr emotional besetzt. Hier sollten klare Richtlinien und Preise gelten. Der Verkauf von Selbstzahlerleistungen ist ein Thema für sich, deswegen sei hier lediglich folgender Grundsatz erwähnt: Ihre Praxis sollte nur verkaufen, was Sinn macht und den Kunden/Patienten einen Nutzen bringt!

Wie können Therapeuten höhere Umsätze herbeiführen?

Es erscheint zunächst nicht selbstverständlich, dass ein Therapeut selbst für zusätzliche Umsätze sorgen kann. Doch das liegt tatsächlich in seinem Einflussbereich.

- ▶ Therapeuten können zum Beispiel von sich aus Selbstzahlerleistungen und Überbrückungstherapien anbieten.
- ▶ Sie können therapieergänzende Produkte verkaufen.
- ▶ Bestimmt fallen Ihnen noch andere Möglichkeiten ein, zum Beispiel in Richtung Patientenbindung, Weiterempfehlungsmarketing und Weiterbildung.

Das Ziel all dieser Maßnahmen ist es, den Umsatz, den zu verteilenden Kuchen, zu vergrößern. Sehen Sie das Leistungslohnmodell demzufolge als Möglichkeit zur Umsatzsteigerung und nicht als Mittel, um am Lohn zu sparen.

Das Modell wird allerdings nur funktionieren, also Mitarbeiter motivieren, wenn Therapeuten in der Summe (Fixlohn plus variabler Lohnanteil) die Chance erhalten, mehr als den Wettbewerbslohn zu erwirtschaften. Der Wettbewerbslohn ist der Lohn, den Ihre Mitarbeiter normalerweise als Therapeut in Festanstellung verdienen würden.

In neun Schritten zum Lohnmodell

Wie oben bereits angedeutet, ist die Einführung eines neuen Lohnmodells eine Angelegenheit, die Sie gut durchdenken und durchrechnen sollten.

Diese **neun** Schritte dienen Ihnen dabei als Leitfaden:

Schritt 1

Analysieren Sie die Situation der Praxis – und überlegen Sie, ob ein Leistungslohnmodell die Lösung für ihre Probleme sein kann.

Schritt 2

Legen Sie Ihre Ziele gemeinsam mit dem Team/dem Mitarbeiter fest. Besprechen Sie dabei die Situation und den Lösungsansatz.

Schritt 3

Erarbeiten Sie ein Grundkonzept, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Team/dem Mitarbeiter.

Schritt 4

Stellen Sie dem Team den Rohentwurf des Konzepts vor und diskutieren Sie die Vorteile.

Schritt 5

Legen Sie das Modell fest und feilen Sie, wenn nötig, noch an den Details.

Schritt 6

Probendurchlauf: Lassen Sie das Modell parallel zur aktuellen Entlohnung einige Monate mitlaufen.

Schritt 7

Erarbeiten Sie auf Grundlage der Probeläufe ein Feinkonzept und stellen Sie es dem Team vor.

Schritt 8

Stellen Sie die Arbeitsverträge um, zum Beispiel durch einen Änderungsvertrag.

Schritt 9

Überprüfen Sie Ihr Modell regelmäßig. Behalten Sie auch im Blick, ob sich Rahmenbedingungen ändern.



Eine Zauberformel für alle gibt es nicht

Gehen Sie nicht davon aus, dass ein einziges Leistungslohnmodell für alle Mitarbeiter gleichermaßen funktioniert. Nehmen Sie an, Sie beschäftigen einen 40-jährigen Therapeuten mit Familie und Wohneigentum. Er wird sehr wahrscheinlich großen Wert auf ein regelmäßiges und sicheres Einkommen legen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit benötigen Sie für diesen Therapeuten ein anderes Lohnmodell als für einen jungen Berufseinsteiger.

Deshalb ist es wichtig, Ihre Mitarbeiter stets mit einzubeziehen, wenn Sie Leistungslohnmodelle gestalten.

■ Ein Gastbeitrag von Thorsten Gehlen
Diplom-Sportwissenschaftler und Unternehmensberater



Wie hältst du es mit...

... Patienten, die krank zur
Therapie kommen?



Die Saison für Grippe und Erkältung hält an und mit ihr kommen auch weiter die „Schnefnasen“ in Deutschlands Therapiepraxen. Die meisten Therapeuten haben natürlich keine Lust, sich anzustecken und sich ihrerseits mit Halskratzen, Husten und Schnupfen herumzuschlagen. Also Augen zu und durch, Desinfektionsmittel und Mundschutz – oder die Patienten nach Hause schicken? Wir haben Therapeuten in ganz Deutschland gefragt: „Wie hältst du es mit Patienten, die krank zur Therapie kommen?“

Vorgehen 1

Kranke oder erkältete Patienten müssen auf jeden Fall zu Hause bleiben!

So ein Verhalten ist eine Frechheit und gefährdet nicht nur mich, sondern auch meine Kollegen und andere Patienten. Wer krank in meine Praxis kommt, wird wieder nach Hause geschickt! Das gilt übrigens genauso für meine Mitarbeiter. Wir klären die Patienten dann mit Nachdruck darüber auf, dass sie beim nächsten Mal bitte vorher Bescheid sagen und ihren Termin verschieben.

Vorteil

Mit dieser Taktik schützen Sie sich, Ihre Mitarbeiter und andere Patienten davor, sich anzustecken. Gerade in Zeiten von Grippewellen gibt es einfach keinen besseren Schutz als wandelnde Virenschleudern aus der Praxis zu entfernen.

Nachteil

Wenn Sie jeden Patienten mit einer leichten Erkältung nach Hause schicken, werden sie zu Stoßzeiten vermutlich eine ganze Menge Ausfälle im Terminkalender eintragen müssen. Das sorgt schnell für Einbußen beim Umsatz. Außerdem haben einige Patienten lange Anfahrtswege zur Praxis oder akute Beschwerden, bei denen sie Ihre Hilfe brauchen – und sind dann ganz und gar nicht begeistert, wenn sie ohne Therapie wieder gehen müssen.

Vorgehen 2

Kranke oder erkältete Patienten dürfen bei uns zu Hause bleiben!

Jeder Arbeitnehmer in Deutschland kann den gelben Zettel vorlegen, um sich damit von der Arbeit befreien zu lassen. Und so halten wir das auch mit der Therapie: Gelber Zettel und alles ist gut. Wir können schließlich Patienten nicht schlechter behandeln als ihr Arbeitgeber!

Vorteil

Die Regel in diesen Praxen ist klar: Keine Ausfallgebühr zahlt, wer einen gelben Zettel vorlegen kann. Wer den nicht hat und trotzdem fehlt, muss zahlen. Einfache, eindeutige Regeln wie diese helfen sowohl den Patienten als auch den Mitarbeitern, die diese Vorschriften ja auch durchsetzen müssen.

Nachteil

Einige „Schlaufüchse“ werden einen viralen Infekt auch gern mal als Ausrede für eine kurzfristige Absage verwenden – und vermutlich schnell einen Arzt finden, der es mit den gelbenzetteln nicht so genau nimmt. Ihre Praxis kann ja nicht nachweisen, dass die Patienten eigentlich gesund waren. Wenn dieses Verhalten die Runde macht, kann es für mehr Fehlzeiten sorgen und die Praxis teuer zu stehen kommen. Außerdem bewahrt sie dieses Vorgehen nicht vor kurzfristigen Ausfällen – schließlich können Patienten die Krankschreibung auch pünktlich zum Termin vorbeibringen, ohne vorher Bescheid zu sagen.



Vorgehen 3

Wozu gibt es Desinfektionsmittel?

Das kommt ganz drauf an. Ein kleiner Schnupfen behindert mich ja nicht in meiner Therapie. Im Nachhinein wird ordentlich desinfiziert und dann läuft das Ganze. Wenn Patienten röcheln und niesen, kommen zusätzlich Mundschutz und Handschuhe zum Einsatz.

Vorteil

Sie minimieren die Zahl der Ausfälle, wenn sie auch erkältete Patienten behandeln. Die Therapiematerialien und -liegen müssen Sie sowieso nach jedem Patienten desinfizieren. Ein Mehraufwand fällt so gesehen also auch nicht an. Außerdem zeigen Sie Ihren Patienten, dass Heilmitteltherapie wichtig ist und nicht wegen Lappalien abgesagt werden kann.

Nachteil

Für Sie und Ihre Mitarbeiter könnte es irgendwann schwierig werden, die Grenze zu ziehen: Wann hat ein Patient nur eine leichte Erkältung und wird behandelt? Wann ist der Infekt schwer genug und der Patient gehört ins Bett statt ins Behandlungszimmer? Und auch bei leichten Erkältungen und trotz Schutzmaßnahmen kann es passieren, dass Therapeuten sich anstecken.

Vorgehen 4

Das entscheidet jeder Mitarbeiter für sich

Bei uns in der Praxis gibt es dazu keine feste Regel. Jeder Therapeut entscheidet selbst, wen er behandelt und wen er wieder ins Bett schickt. Schließlich hat jeder Mensch ein anderes Risikobewusstsein und auch eine unterschiedlich starke Immunabwehr. Einige sind weniger anfällig für kleine Infekte. Diese Mitarbeiter stört es dann meist auch nicht, einen erkälteten Patienten zu behandeln. Manche unserer Therapeuten haben auch keine Skrupel davor, sich notfalls mit einem Mundschutz auszustatten.

Vorteil

Ihre Mitarbeiter fühlen sich wohler und sicherer, wenn sie wissen, dass sie Patienten mit Grippeviren nicht zwingend behandeln müssen und wenn sie selbst die Kontrolle darüber haben. Die Patienten sind außerdem oft immer bei derselben Therapeutin und kennen sie irgendwann gut – wenn sie es ist, die sie nach Hause schickt, erhöht das die Wahrscheinlichkeit, dass sie Verständnis dafür haben.

Nachteil

Weniger motivierte Mitarbeiter könnten diese Freiheit ausnutzen und ungeliebten Patienten gezielt die Behandlung verweigern. Solch ein Verhalten sorgt nicht nur für Ärger bei den Patienten, sondern über längere Zeit auch im Team. Zoff gibt es spätestens, wenn Kollegen die ausgefallenen Termine auffangen und genervte Patienten wieder beruhigen müssen.

**Vorgehen 5****Die Therapie fällt nur aus, wenn es der Gesundheit des Patienten schadet**

Für mich gibt es nur einen Grund, warum Therapie nicht stattfinden sollte und das ist, wenn der Gesundheitszustand des Patienten das nicht zulässt. So lange keine schwere Erkrankung vorliegt, wird die Therapie auch durchgeführt. Die Intensität können wir ja daran anpassen, wie fit der jeweilige Patient ist.

Vorteil

Sie zeigen ihren Patienten, wie ernst sie die Therapie nehmen – und dass eine Behandlung bei Ihnen nichts ist, was man mal einfach absagt. Wenn Patienten die Relevanz der Therapie bewusst wird, kann das für eine bessere Compliance und damit auch für ein besseres Ergebnis sorgen.

Nachteile

Nicht jeder Mitarbeiter fühlt sich wohl, wenn er einen kranken Menschen behandeln muss. In der Heilmitteltherapie ist eine Hands-off-Behandlung nicht immer möglich. Stellen Sie diesen Kollegen ausreichend Material zum persönlichen Infektionsschutz (zum Beispiel Mundschutz, Handschuhe, Händedesinfektionsmittel) zur Verfügung, damit sie sich an die Regeln halten und ohne Berührungssängste therapieren können. ■

[jw]



up|Umfrage:
Wie hältst du es mit Patienten, die krank zur Therapie kommen?

Was meine Sie, wie handhaben Sie diese Frage in Ihrer Praxis? Machen Sie mit bei unserer aktuellen Befragung im Internet auf www.up-aktuell.de

up Umfrage mitmachen!

Artikel zur Umfrage

up|umfrage: Wie hältst du es mit Patienten, die krank zur Therapie kommen?

- Kranke oder erkältete Patienten müssen auf jeden Fall zu Hause bleiben!
- Kranke oder erkältete Patienten dürfen bei uns zu Hause bleiben!
- Wozu gibt es Desinfektionsmittel?
- Das entscheidet jeder Mitarbeiter für sich.
- Die Therapie fällt nur aus, wenn es der Gesundheit des Patienten schadet.

Absenden

Von der Pflicht zur Kür

Buchhaltung einfach selbst machen – So einfach nehmen Sie Ihre Einnahmen-Überschuss-Rechnung selbst in die Hand

Freiberufler können mit der Einnahmen-Überschuss-Rechnung ihren Gewinn leicht selbst ermitteln. Wenden Sie dieses Verfahren bereits an? Wenn nicht, entgeht Ihnen unter Umständen eine Menge Geld, zumindest das, was Sie dafür noch an Ihren Steuerberater zahlen. Die vereinfachte Gewinnermittlung ist kein Hexenwerk und mit der richtigen Vorbereitung schnell und unkompliziert erledigt. Sparen ist so einfach.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar werden Sie ...

- ▶ Ihre gesetzlichen Buchhaltungs-Pflichten kennen
- ▶ Ihre Praxisbuchhaltung selbst durchführen können
- ▶ Ihren Steuerberater verstehen
- ▶ Auswertungen vornehmen, die Sie wirklich brauchen

In unserem Seminar „Buchhaltung“ zeigen wir Ihnen, wie einfach der Umgang mit Belegen, Quittungen und Konten ist. Die Einnahmen-Überschuss-Rechnung ist danach für Sie kein großes Geheimnis mehr, sondern etwas, das Ihnen leicht von der Hand geht.

Zielgruppe

Praxisinhaber, Freiberufler, Büroangestellte mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referent Michael Bekaan

Michael Bekaan ist bereits seit einigen Jahren für die Firma buchner tätig und daher ein Profi bezüglich der speziellen Bedürfnisse von Therapeuten. Als Diplom-Betriebswirt, Steuerberater und ehemaliger Wirtschaftsprüfer ist er komplett in der Materie, wenn es um Kennzahlen, BWL und Buchhaltung geht. Verständlich und so gar nicht trocken erklärt er Inhalte, die für so manchen Praxisinhaber und Therapeuten bislang ein Buch mit sieben Siegeln darstellten.

Termine

06.04.2017 in Bonn

26.10.2017 in Berlin

23.11.2017 in Nürnberg

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.

Zeche prellen bei der GKV

Viele Solo-Selbstständige können ihre hohen Beiträge nicht bezahlen



„Die Beitragsregelungen sowohl in der GKV als auch in der PKV sind für viele Selbstständige nicht mehr angemessen.“

Die Beitragsschulden der GKV-Selbstzahler haben ein neues Rekordhoch erreicht. Drei Bundesländer fordern nun im Bundesrat, die Krankenversicherung für Solo-Selbstständige zu reformieren und auch bei Geringverdienern am Einkommen festzumachen.

In Deutschland machen sich immer mehr Menschen selbstständig. Vor allem die Zahl von Solo-Selbstständigen, also denjenigen, die keine Mitarbeiter beschäftigen, steigt. Gleichzeitig wachsen die Beitragsschulden, die Selbstzahler bei der GKV haben, immer weiter an. Zu dieser Gruppe gehören Selbstständige sowie Angestellte mit einem Gehalt von mehr als 57.600 Euro im Jahr, die sich freiwillig gesetzlich versichern. Diese 57.600 Euro sind die derzeitige sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze, ab der Angestellte sich privat versichern dürfen. Vor allem unter die Gruppe der selbstständigen GKV-Versicherten dürften auch viele Heilmittelerbringer fallen.

Sechs Milliarden Euro Schulden bei den Kassen

Die Beitragsschulden der Selbstzahler betragen im Jahr 2015 noch 4,5 Milliarden Euro und wuchsen 2016 auf sechs Milliarden Euro an. Was diese Zahlen in der Praxis bedeuten, ist gravierend: Zahlreiche Selbstständige können ihre Krankenkassenbeiträge nicht bezahlen. Politik und Vertreter der GKV diskutieren nun darüber, ob der Staat die Beitragsausfälle für die Kassen finanzieren soll oder nicht. Das forderte der Pressesprecher des GKV-Spitzenverbands in einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel.

Doch warum entsteht ein solcher Schuldenberg überhaupt erst? Der GKV-Spitzenverband machte



dafür schon im Jahr 2015 die „finanzielle Instabilität vieler Beitragszahler“ verantwortlich.

Studie: „Beitragsregelung nicht mehr angemessen“

Doch eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK legt nahe, dass vielmehr die Mindestbemessung der Beiträge die Probleme verursacht. Denn gesetzliche Vorgaben setzen für die Berechnung ein Mindesteinkommen der Selbstständigen von 2.231,25 Euro voraus. Aus dieser Zahl berechnet sich dann der monatliche Beitrag – egal, ob das Einkommen nun 2.200 oder 800 Euro beträgt. Wer unterhalb der Grenze liegt, zahlt im Schnitt zwischen 369 und 407 Euro für Kranken- und Pflegeversicherung. In Härtefällen und in der Gründungsphase können Selbstständige ihre Bemessungsgrenze auf 1487,50 Euro senken und zahlen dann durchschnittlich 271 Euro.

Laut einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) bedeutete diese Regelung im Jahr 2012 für die am schlechtesten verdienende Gruppe unter den Selbstständigen, dass sie 46,5 Prozent ihres Einkommens für ihre Krankenversicherung aufwenden müssen. Bei der untersten Einkommensgruppe der PKV-versicherten Selbstständigen sind es sogar 58 Prozent. Das Fazit des WiDO: „Die Beitragsregelungen sowohl in der GKV als auch in der PKV sind für viele Selbstständige nicht mehr angemessen.“

Initiative aus Thüringen will Beiträge anpassen

So sieht es auch eine Initiative des Bundeslands Thüringen, unterstützt von Berlin und Brandenburg. Sie forderte Anfang Februar vor dem Bundesrat, die Sätze für Solo-Selbstständige an jene der angestellten GKV-Versicherten anzupassen. Ähnlich äußerte sich Hilde Mattheis, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, gegenüber der taz. Es wäre erstrebenswert, die Krankenversicherungsbeiträge entsprechend des realen Einkommens der Selbstständigen zu berechnen, sagt sie. Seitens der Bundesregierung scheint es derzeit keine Pläne zu geben, die Regelung zu überarbeiten. ■

[mk]

Nachvollziehbares Argument mit falschen Zahlen

Zwar beschreibt der Antrag der drei Länder nachvollziehbar, warum die Mindestbemessung der Beiträge viele Solo-Selbstständige finanziell belastet. Eine Zahl im Antrag und in verschiedenen Medienberichten machte uns allerdings stutzig: 82 Prozent der Solo-Selbstständigen würden im Schnitt nur 787 Euro im Monat verdienen.

Das stimmt so tatsächlich nicht. Die Politiker haben offenbar die Zahlen der WiDO-Studie falsch gelesen. Wir haben nachgerechnet:

- ▶ Laut der Studie befanden sich Jahr 2012 knapp 600.000 GKV-versicherte Selbstständige im unteren Fünftel der Einkommens-Nahrungskette (Einkommensquintil Q1), mit einem Jahreseinkommen von bis zu 15.000 Euro.
- ▶ Diese Gruppe verdiente im Durchschnitt 787 Euro im Monat.
- ▶ 82 Prozent dieser 600.000 Niedrigverdiener sind Solo-Selbstständige.

Folgende Aussagen wären also richtig:

- ▶ Rund 28 Prozent der 2,164 Millionen GKV-versicherten Selbstständigen verdienten im Schnitt 787 Euro. Das sind rund 16 Prozent der Selbstständigen insgesamt. 82 Prozent von ihnen wiederum verdienen im Schnitt 787 Euro im Monat.
- ▶ Diese Gruppe ist es auch, die mit durchschnittlich 293 Euro im Jahr 2012 etwa 46,5 Prozent ihres Einkommens für ihre Krankenversicherung ausgab.

Im Jahr 2012 gehörten also 28 Prozent, und nicht 82 Prozent, der GKV-versicherten Solo-Selbstständigen zur Gruppe der Niedrigverdiener. Das WiDO weist aber darauf hin, dass sie nicht alle in einer prekären Situation leben, da oft zum Beispiel der Partner mehr Geld verdiene. Auf der anderen Seite seien auch viele Selbstständige im zweiten Einkommens-Fünftel (Durchschnittseinkommen von monatlich 1687 Euro) in einer prekären Lage, je nach Lebenssituation.

Verordnungen außerhalb des Regelfalls

So läuft das Genehmigungsverfahren

Die Heilmittel-Richtlinie unterscheidet zwischen Heilmittelverordnungen im Regelfall und solchen außerhalb des Regelfalls. Krankenkassen können selbst entscheiden, ob sie ihren Versicherten für Verordnungen außerhalb des Regelfalls eine Genehmigungspflicht auferlegen. Liegt vor Behandlung keine Genehmigung vor, muss die Kasse nicht zahlen.

Ärzte müssen Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls mit einer medizinischen Begründung versehen. Gemäß Heilmittel-Richtlinie sind solche „begründungspflichtigen Verordnungen“ bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, bevor Patienten die Therapie fortsetzen. Die Kassen haben allerdings die Möglichkeit, auf dieses Genehmigungsverfahren zu verzichten – so handhabt es auch die Mehrheit von ihnen.


Dummerweise regelt die Heilmittel-Richtlinie nicht, wie Therapeuten erfahren, ob eine Krankenkasse auf Genehmigungen be-

steht oder nicht. Über die Jahre hat es sich eingebürgert, dass der GKV-Spitzenverband eine "Liste über Genehmigungsverfahren der Krankenkassen" veröffentlicht und auf Grundlage freiwilliger Angaben der Krankenkassen regelmäßig aktualisiert. Der Verband lehnt zwar jede Haftung für fehlende, fehlerhafte, unvollständige und verspätete Angaben ab, aber die Erfahrung zeigt, dass Krankenkassen im Zweifelsfall die Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbandes gegen sich gelten lassen. ■ [bu]

Drei Änderungen seit Jahresanfang: Hier finden Sie alle Krankenkassen, die zum Stichtag 17.2.2016 auf die Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalls bestehen. Alle hier nicht aufgeführten Kassen verzichten laut GKV-Spitzenverband auf die Genehmigungspflicht.

Name der Krankenkasse	Kassenart	Hinweise/Besonderheiten	Fax
AOK Bremen / Bremerhaven	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0421 – 176 19 19 91
AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, LY2, LY3, AT3, EX4; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	069 – 850 91 79 20
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bei Physiotherapie (außer KG-Gerät, KG-ZNS-Bobath und KG-Muko, KG-Bewegungsbad, D1; Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie (außer Gruppenbehandlungen)	0800 – 265 09 00
AOK Rheinland / Hamburg	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für Physiotherapie (außer ZN1, AT3, EX4, LY2 und LY3) und Ergotherapie; Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie	0211 – 879 111 25
AOK Sachsen-Anhalt	Ortskrankenkasse	keine Angabe	0391 – 287 84 78 78
BKK evm	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0261 – 402 718 22
BKK Firmus	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0421 – 643 44 51
BKK GRILLO-WERKE AG	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	07431 – 102 019
BKK Scheuffelen	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	07021 – 892 799
BKK Stadt Augsburg	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0821 – 324 32 03
BKK Vital	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0621 – 570 95 85
BKK Werra-Meissner	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	05651 – 745 19 99
BKK Wirtschaft & Finanzen	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0234 – 479 19 99
BMW BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	08731 – 762 99 55
Debeka bkk	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverzicht in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen bis auf Widerruf; Genehmigungsverfahren im restlichen Bundesgebiet	0261 – 941 43 20
Ernst & Young BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	05661 – 707 67 49
IKK gesund plus	Innungskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie EX4, ZN1, ZN2, LY2, LY3, AT3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	0391 – 280 668 39
IKK Nord	Innungskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie; Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie	04331 – 345 708
Novitas BKK	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0180 – 263 63 56
Südzucker-BKK	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0621 – 328 58 49

Übersicht: Genehmigungsverfahren Heilmittel

	Verordnung im Regelfall (Erst- und Folgeverordnung) (§ 7 HeiM-RL)	Verordnung außerhalb des Regelfalls (§ 8 HeiM-RL)
Normale Heilmittel-Verordnung: ICD-10 Code steht auf keiner Diagnosenliste	 <p>Immer genehmigungsfrei – keine Vorlage bei der Kasse erforderlich</p>	Genehmigungspflicht bei bestimmten Krankenkassen
Besonderer Verordnungsbedarf (BVB): IDC-10 Code und Diagnosengruppe stimmen mit Diagnosenliste für BVB überein		Genehmigungspflicht bei bestimmten Krankenkassen
Langfristiger Heilmittelbedarf: ICD-10 Code und Diagnosengruppe stimmt mit Anlage 2 HeiM-RL (Diagnosenliste zum langfr. Heilmittelbedarf) überein		Genehmigung gilt immer als erteilt – keine Vorlage bei der Kasse erforderlich (§ 8a Abs. 8 HeiM-RL)
Einzelfallentscheidung zum langfr. Heilmittelbedarf: Genehmigter Antrag auf langfr. Heilmittelbedarf gem. § 32 SGB V i.V. mit 8a HeiM-RL		Genehmigung gilt für alle Verordnungen innerhalb des genehmigten Zeitraums als erteilt – keine Vorlage bei der Kasse erforderlich (§ 8a Abs. 8 HeiM-RL)

Einzelantrag auf langfristigen Heilmittelbedarf:

Jeder Versicherte hat das Recht, einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf zu stellen (§ 32 Abs. 1a, SGB V). Antragsbegründend ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, aus deren med. Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigung, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf ergeben (§ 8a Abs. 1, 3 und 5).

„Extrabudgetär – gibt es doch gar nicht!“ – Sieben Regeln für die Arztkommunikation

Obwohl ein Arzt einem Patienten problemlos und ohne Risiko Heilmittel extrabudgetär verordnen könnte, weigert der sich – zuweilen mit abenteuerlichen Begründungen. Situationen wie diese lassen Therapeuten regelmäßig zweifeln. Praxen, die trotzdem eine Verordnung für ihren Patienten bekommen möchten, behelfen sich mit einfachen Kommunikationsregeln.

„So ein Quatsch“, polterte Dr. Müller, Neurologe in Regensburg, die Logopädin Maria Dreyer an: „Extrabudgetär gibt es gar nicht und schon gar nicht für Logopädie-Verordnungen. Ohne Genehmigung meiner KV mach ich sowieso nichts!“ So oder so ähnlich beschreiben Kollegen Gespräche mit Ärzten. Dabei wollte Maria Dreyer ihrem Neurologen etwas Gutes tun und ihm dabei helfen, seine Patienten stressfreier und ohne Regress-Angst versorgen zu können. Stattdessen endet das Gespräch in einem Streit. So etwas frustriert und sorgt nicht gerade dafür, dass Dreyer sich in Zukunft wieder für Patienten aus dem Fenster lehnt.

Rein sachlich muss sich Dreyer nichts vorwerfen: Die Diagnose „Dysphagie“ (Schluckstörung bei der Nahrungsaufnahme) mit dem ICD-10 Code R13.- steht auf der Liste der „Besonderen Verordnungsbedarfe“, mit der Diagnosengruppen SC1 für Patienten ab 70 Jahren. Das trifft bei ihrem Schlaganfall-Patienten offensichtlich zu. Aber scheinbar kennt ihr Neurologe die Liste nicht. Das erscheint der Logopädin ziemlich unwahrscheinlich. Kann es wirklich sein, dass der Neurologe nichts von so einer wichtigen Regelung mitbekommen hat?

Viele Therapeuten nehmen an, die Ärzte wüssten mit Sicherheit über die Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2017 Bescheid. Das ist aber leider falsch! Jeder Vertragsarzt muss sich mit Änderungen von rund 19 Richtlinien herumärgern, zusätzlich zu seinen Honorarziffern GoÄ und EbM. Da ist es durchaus möglich, dass ein Neurologe nicht jedes Detail einer neuen Diagnosenliste kennt oder von der neuen Regelung schlichtweg nichts mitbekommen hat.

Geschickt mit Ärzten kommunizieren

Hinzu kommt, dass gerade Fachärzte sich oft unsicher sind, was sie verordnen dürfen und was nicht – obwohl die Heilmittel-Richtlinie ihnen diesbezüglich keine Einschränkungen auferlegt. Doch wenn Fachleute sich auf einem ihnen unliebsamen Fachgebiet – in diesem Fall die Bürokratie der Verordnungen – unsicher sind, reagieren sie verständlicherweise mit Abwehr. Um diese Abwehr zu durchbrechen, helfen diese sieben Kommunikationsregeln:



1

Bedürfnisse des Arztes in den Vordergrund stellen

Extrabudgetäre Verordnungen sind in der Regel auch für Ärzte von Vorteil. Sie können Ihr Anliegen zum Beispiel damit begründen, dass es die Patientenversorgung verbessert oder den Arzt vor Regressen und Verordnungsstress bewahrt. Natürlich treffen beide Argumente in den meisten Fällen zu. Manchmal ist es aber geschickter, sich auf eines zu konzentrieren. Welche Begründung Sie in den Vordergrund rücken, sollten Sie von den Bedürfnissen des jeweiligen Arztes abhängig machen.

2

Erlaubnis einholen

Bevor Sie Ihren Gesprächspartner mit Informationen überschütten, können Sie sich erst einmal seine Zustimmung dafür einholen. So stellen Sie sicher, dass Ihr Gegenüber bereit ist, Ihren Vorschlag anzuhören: „Es gibt eine Möglichkeit, Patient X ohne Budgetbelastung zu versorgen. Sind Sie interessiert daran? Dann können wir darüber sprechen.“

3

Reaktanz ausnutzen

Mit Reaktanz beschreiben Psychologen eine Abwehrhaltung gegenüber äußeren Einschränkungen. Eltern und Pädagogen kennen das von Kindern, die genau das machen wollen, was sie ihnen gerade verboten haben. Aber das Verhalten lässt sich auch bei Erwachsenen beobachten. Wenn Therapeuten einen Arzt ungefragt mit Informationen überschütten, erzeugen sie genau solche Abwehrbewegungen (deswegen Regel zwei).

Das Prinzip lässt sich aber auch ganz einfach umdrehen: Geizen Sie mit Informationen. Geben Sie zum Beispiel in einem persönlichen Gespräch die Informationsbroschüre der KBV zu extrabudgetären Heilmitteln nicht einfach aus der Hand. Zeigen Sie nur kurz auf die Diagnose Dysphagie und ziehen Sie dann das Dokument wieder zurück. Wenn Ihr Gesprächspartner dann nach dem Dokument fragt, können Sie es weitergeben und er wird es mit größerer Wahrscheinlichkeit lesen und Ihren Ausführungen glauben.

4

Du bist ok!

Manchmal ist es wirklich schwer, sich kein Urteil über einen Gesprächspartner zu bilden. Aber egal wie uninformiert Ihr Gegenüber ist und wie falsch seine Informationen aus Ihrer Sicht sind, signalisieren Sie ihm, dass Sie ihm zuhören, (Kopfnicken, „sozialver-

trägliches Grunzen“) und dass Sie ihn als Person akzeptieren. Kommunikation scheitert, wenn sich das Selbstbild des Arztes („Ich weiß natürlich Bescheid!“) allzu weit vom Fremdbild („Das wissen Sie nicht?“) des Therapeuten unterscheidet. Ein Arzt ist auch dann ok, wenn er mal anderer Meinung ist oder keine Ahnung hat.

Sachlich bleiben

Wenn der Arzt Ihnen merkwürdig Dinge erzählt, dann gehen sie nicht dagegen an. Werfen Sie ihm nicht vor, Unsinn zu erzählen. Das führt zu Streit und Streit führt nirgendwo hin. Bezeichnen Sie die Information lieber als „interessant“ oder „spannend“ und zweifeln Sie ihren Wahrheitsgehalt erst einmal nicht an. Das ist auf keinen Fall eine inhaltliche Zustimmung und gibt Ihnen die Möglichkeit, nachzufragen, woher der Arzt seine Information hat.

Gemeinsam Lösung finden

Wenn Sie sich für die Informationsquellen Ihres Arztes interessieren, kommt häufig schon das Geständnis: So genau wisse er das auch nicht mehr. Wenn der Arzt dann wiederum bei Ihnen nachfragt, haben Sie Ihr Ziel erreicht. Benennt der Arzt die Quellen, gehen Sie den Dingen interessiert und aufgeschlossen auf den Grund: „Soll ich bei der Krankenkasse mal nachfragen, wie das geregelt ist und Ihnen dann darüber berichten?“ Sie holen die Information natürlich auch dann von der Krankenkasse ein, wenn Sie die Antwort schon kennen.

Bedanken

Zum Abschluss bedanken Sie sich mit deutlichen Worten für die Zeit und die Auskünfte des Arztes – und zwar unabhängig davon, wie viel Zeit er tatsächlich investiert hat und wie viel Gehalt seine Auskünfte hatten. Stellen Sie sich einfach einen idealen Arzt vor und behandeln Sie Ihr gegenüber so, wie diese Idealvorstellung es verdient hätte.

Maria Dreyer hat sich ihrem Patienten zuliebe noch einmal mit dem Neurologen zusammengesetzt und dabei diese Kommunikationsregeln beachtet. Auf Nachfragen stellte sich heraus, dass ein Kollege Müller falsch informiert hatte. Der Neurologe hat schließlich die Dysphagie auf der Liste der Besonderen Verordnungsbedarfe entdeckt – und sich bei seiner Logopädin entschuldigt und bedankt. ■ [bu]

5

6

7

8



**Fachmesse
mit Kongress für Therapie,
Medizinische Rehabilitation
und Prävention**

Veranstaltungen für Therapeuten, Trainer und Rezeptionskräfte

Auf der therapie Leipzig präsentieren im März Aussteller Produkte und Dienstleistungen rund um Therapie, Sport, Rehabilitation und Prävention. Außerdem finden im Rahmen eines Kongresses Fortbildungen, Symposien und Vorträge statt. Unter anderem veranstalten **up|plus** und die **Buchner & Partner GmbH** die **Erste Leipziger Tagung für Rezeptionsfachkräfte**.

Vom 16. bis 18. März findet die therapie Leipzig statt, eine Fachmesse für Therapie, medizinische Rehabilitation und Prävention, mit angeschlossenen Kongress. Laut Veranstalter richtet sich die Veranstaltung an „Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sporttherapeuten, Übungsleiter/ Trainer Reha und Gesundheitssport, Sportwissenschaftler, Trainer Fitness und Sport, Massage, med. Bademeister, Ärzte“.

Kongress mit Vorträgen und Fortbildungen

Auf dem Gelände der Fachmesse präsentieren Aussteller unter anderem Therapie- und Fitnessgeräte, Hilfsmittel, Wellnesskonzepte und -produkte sowie Beratungs- und Dienstleistungsangebote. Zur therapie Leipzig gehört auch ein Kongress mit Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen. Themen dabei sind zum Beispiel gesundheitspolitische Debatten zu Reha und Prävention, zum betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie zur Praxisführung und -optimierung. Zu den Anbietern und Referenten gehören Fortbildungs- und Rechenzentren, Gesundheitszentren, Praxen und Kliniken sowie Verbände aus dem Heilmittelbereich, etwa VPT und ZVK.

Erstmals Tagung für Rezeptionsfachkräfte

Auch **up** und die **Buchner & Partner GmbH** sind auf der Messe in Leipzig vor Ort. Sie halten dort die Erste Leipziger Tagung für Rezeptionsfachkräfte ab. Sie findet am 18. März von 9:00 bis 13:00 Uhr statt. Damit haben erstmals auch die Mitarbeiter von hinter dem Tresen die Möglichkeit, eine Fortbildung auf der therapie Leipzig zu besuchen.

Die Referenten Brigitte Harste und Björn Schwarz geben dabei in drei Vorträgen Ratschläge zur Kommunikation an der Rezeption, zur Terminplanung und zum „Eintreiben“ von Zuzahlungen, Ausfallgebühren und Privathonoraren. Anschließend folgt eine Diskussion zum Miteinander von Praxischefs und Rezeptionsfachkräften.

Eine Tageskarte für die Fachmesse kostet 15 Euro im Online-Vorverkauf und 20 Euro vor Ort, eine Dauerkarte für alle drei Tage 26 Euro im Online-Vorverkauf und 35 Euro vor Ort. Besucher des Kongresses zahlen für jedes Seminar 37 Euro (46 Euro an der Tageskasse). Für Schüler, Auszubildende, Studenten, Rentner und Versorgungsempfänger gelten ermäßigte Preise.

mehr: Das komplette Programm, die Anmeldung sowie die Tickets für die einzelnen Seminare finden Sie unter www.therapie-leipzig.de

Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Baden-Württemberg	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Neue Bundesländer	Physiotherapie	Knappschaft	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Niedersachsen	Physiotherapie (IFK)	RVO	01.02.2017	Behandlungsdatum
Niedersachsen	Physiotherapie (VPT+VDB)	RVO	01.02.2017	Behandlungsdatum
Alte Bundesländer	Ergotherapie	vdek	01.01.2017	Verordnungsdatum
Alte Bundesländer	Physiotherapie	Pbeakk	01.01.2017	Verordnungsdatum
Bremen	Physiotherapie	RVO	01.01.2017	Behandlungsdatum
Bremen	Podologie	IKK	01.01.2017	Verordnungsdatum
Bund	Physiotherapie	BG (B-Positionen)	01.01.2017	Erster Behandlungstermin
Neue Bundesländer	Ergotherapie	vdek	01.01.2017	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Physiotherapie (ohne ZVK TH)	vdek	01.01.2017	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Physiotherapie	Pbeakk	01.01.2017	Verordnungsdatum

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

12./13.05.2017 in Stuttgart
09./10.06.2017 in Hamburg
24./25.08.2017 in Köln
03./04.11.2017 in Kassel

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.

Hausbesuch

Physiotherapie fürs ganze Dorf

Für unsere „Hausbesuche“ fragen wir Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber aus ganz Deutschland, was sie zurzeit in ihrem Berufsleben bewegt. Dieses Mal sprechen wir mit Mariann Fiedrich, die die Menschen auf dem platten Land in Schleswig-Holstein mit Physiotherapie versorgt.



Was ist Ihnen heute in der Praxis widerfahren? Was wird Ihnen in Erinnerung bleiben?

FIEDRICH | Heute hat eine Mitarbeiterin wieder angefangen, die lange Zeit krank war. Das ist für uns alle in der Praxis eine große Erleichterung.

Welches war Ihr größter Erfolg als Praxischef in der letzten Woche?

FIEDRICH | Trotz Krankheit und anderen Stolpersteinen haben wir alle Aufgaben, die angefallen sind, bewältigen können. Das sehe ich als großen Erfolg. Uns hat auch das HHVG sehr beschäftigt in dieser Woche. Wir sind gespannt, wie es damit jetzt weitergeht.

Was würden Sie auf der anderen Seite am liebsten ungeschehen machen?

FIEDRICH | Da gibt es tatsächlich nichts.

Stellen Sie sich vor, up wäre eine gute Fee und Sie hätten einen Wunsch für Ihre Praxis frei. Was würden Sie sich wünschen?

FIEDRICH | Wir spüren hier den Fachkräftemangel ganz deutlich. Ich hätte gerne noch ein oder zwei Mitarbeiter mehr. Gerade arbeiten wir rund um die Uhr, um unsere Patienten zu versorgen. Wenn ich noch einen Wunsch frei hätte, dürften auch gerne die Krankenkassen ihr Portemonnaie etwas weiter öffnen. ■ [mk]

Die Praxis: Praxis für Physiotherapie & Gesundheit in Güster

- ▶ Mariann Fiedrich übernahm die Praxis in der Gemeinde mit knapp 1.300 Einwohnern im August 2015.
- ▶ In der Praxis arbeiten sieben Mitarbeiter – darunter drei Physiotherapeuten sowie Verwaltungs- und Reinigungspersonal.
- ▶ Die einzige Praxis im Ort deckt alle wichtigen Bereiche der Physiotherapie ab und bietet Rückenschul-Kurse an. Fiedrich selbst ist unter anderem in OMT weitergebildet.

Hausbesuch in Ihrer Praxis

Ganz egal, ob Sie Einzelkämpfer sind oder 20 Mitarbeiter beschäftigen, ob Sie in Berlin Mitte behandeln oder im Allgäu und welcher Fachrichtung Sie angehören: Wenn Sie Praxisinhaber/in sind und Lust haben, einmal in einem unserer Rubrik „Hausbesuche“ einen Einblick in Ihren Berufsalltag zu geben, schreiben Sie uns eine Mail an redaktion@up-aktuell.de

Extrabudgetär verordnen lassen

Besondere Verordnungsbedarfe und Langfristigen Heilmittelbedarf zur besseren Patientenversorgung aktiv nutzen – und alle Änderungen in 2017 kennen.

Beim Thema extrabudgetäre Heilmittelverordnung hat sich 2017 einiges geändert. So sind die Diagnosen für besondere Verordnungsbedarfe (bisher Praxisbesonderheiten) um viele wichtige Punkte ergänzt worden. Die Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf wurde ausgebaut. Eine erweiterte Diagnosenliste und neue Regelungen in der Heilmittel-Richtlinie führen dazu, dass mehr Patienten behandelt werden können, ohne das Budget der Ärzte zu belasten.

Mit dem Thema „Budget“ wird früher oder später jeder Praxisinhaber bei seiner Arbeit konfrontiert. Wichtig ist dann, dass man weiß, welche Bedeutung die Regressdrohungen für den Arzt haben und welche Möglichkeiten es gibt, den Ärzten dabei zu helfen, extrabudgetär und damit ohne Angst zu verordnen.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar kennen Sie

- ▶ Grundlagen der Heilmittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte
- ▶ Regeln und Diagnosen der besonderen Verordnungsbedarfe
- ▶ regionale besondere Verordnungsbedarfe
- ▶ Regeln und Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs
- ▶ Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten bei der Antragstellung zum langfristigen Heilmittelbedarf
- ▶ Möglichkeiten der Kommunikation mit dem Arzt zum Thema extrabudgetäre Verordnung
- ▶ Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Arzt zur besseren Heilmittelversorgung

Nach diesem Seminartag werden Sie Ihre Patienten auch langfristig mit Therapie versorgen können und ein zielorientierte Kommunikation mit Ihren umliegenden Ärzten führen.

Zielgruppe

Praxisinhaber, leitende Angestellte und Rezeptionsfachkräfte, die in der Patientenberatung aktiv sind.

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



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

25.03.17 in Berlin

05.04.17 in Bonn

02.06.17 in Frankfurt

13.10.17 in Leipzig

08.12.17 in Nürnberg

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.



Direktzugang zum Unternehmen

Betriebliches Gesundheitsmanagement
ohne Rezept und ärztliche Verordnung

Zwei Münchner Therapeutinnen entwickeln ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In Kooperation mit Betriebskrankenkassen, Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen bieten sie Vorträge, Beratungen vor Ort und osteopathische Behandlungen an.

Der Direktzugang der Patienten zur Physiotherapie bleibt für viele Heilmittelerbringer in Deutschland immer noch Wunschenken. Für die beiden Münchner Physiotherapeutinnen Christa Faust-Müller und Petra Lindner ist dieser Traum Wirklichkeit geworden – zumindest mit ihrem Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Team Care Concept (TCC). Hier praktizieren sie faktisch schon seit rund sieben Jahren den Direktzugang ohne ärztliche Verordnung.

Die Idee dazu kam den beiden durch ihre langjährige Tätigkeit im betrieblichen Gesundheitsmanagement, vor allem in Zusammenarbeit mit der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK). Vor

Vorbereitung dauert in der Regel drei Monate

Um das Konzept durchzusetzen, benötigen die Praxisinhaberinnen lediglich einen Raum, in dem sie ihre Vorträge präsentieren können und einen oder mehrere abgeschlossene, temperierte Räume mit Liege und Spiegel für die Osteopathie. In der Regel dauert die Vorbereitung für das TCC drei Monate. In dieser Zeit stellen die Therapeutinnen an ihrem Institut Handouts für die Vorträge zusammen und stimmen die Zielsetzung der Betriebsleitung mit der bestehenden Büroausstattung und den Tätigkeitsprofilen der Mitarbeiter ab.

Persönliche Kontakte zur Chefetage

Das Konzept des Start-ups ging auf. Nach der SBK folgten weitere Aufträge, unter anderem von Fujitsu, Banken, Schulen, der Bayerischen Berufspolizei und mittelständischen Unternehmen. Dass das gelang, lag nicht zuletzt am kommunikativen Geschick der Therapeutinnen. „Wer die Schlüsselposition in einem Unternehmen gefunden hat“, so Christa Faust-Müller, „der ist mit seinem Angebot im betrieblichen Gesundheitsmanagement schon einen großen Schritt weiter.“

Außerdem pflegen die beiden engen persönlichen Kontakt mit Amtsärzten,

Betriebsärzten und Büroausstattern. Für die Optimierung der Büro-Arbeitsplätze sei es zudem entscheidend, sich stets über die Neuheiten auf dem Möbelmarkt zu informieren. Einer benachbarten Kanzlei halfen beispielsweise moderne Dokumentenhalter: Die Mitarbeiter befestigten sie zwischen Bildschirm und Tastatur und mussten daraufhin ihren Kopf nicht mehr ständig zur Seite drehen und einseitig belasten.

Nachfrage ist gut, aber es fehlen qualifizierte Mitarbeiter

Die Nachfrage ist Christa Faust-Müller und Petra Lindner zufolge hoch. Ihnen fehle es aber an qualifizierten Mitarbeitern im Münchner Raum. Der Fachkräftemangel, den Praxisinhaber bundesweit beklagen, spüren auch sie. Dabei weichen sie schon, wie viele angestellte Therapeuten auch, auf ein lukrativeres Aufgabenfeld aus, indem sie das betriebliche Gesundheitsmanagement zum Fokus ihrer Arbeit machen.

Das TCC ist zudem nur eines der Selbstzahlermodelle, die das Institut für Rehabilitation im Repertoire hat. Die Therapeutinnen



etwa zehn Jahren schlossen sie mit der SBK einen Sondervertrag zur Rückenberatung ab, die jedem SBK-Mitglied zusteht. Die individuelle Anamnese und Beratung der Beschäftigten findet in ihrem 1994 gegründeten Institut für Rehabilitation im Süden von München statt.

Ein Konzept mit drei aufeinander aufbauenden Modulen

Die Therapeutinnen bieten das Team Care Concept (TCC) wahlweise im Ganzen oder auf drei Module verteilt an. Das erste Modul beinhaltet Vorträge zu den Themen Ernährung, Stressbewältigung und Ergonomie am Arbeitsplatz sowie das „5 min Programm für Schreibtischtäter“ als Inhouse-Schulung im Unternehmen selbst. Das zweite Modul umfasst eine persönliche Begehung vor Ort, um die einzelnen Arbeitsplätze zu optimieren. Im dritten Modul erhält jeder Mitarbeiter zusätzlich eine Stunde Osteopathie, kombiniert mit einem einmonatigen individuellen Trainingskonzept, das zwei Mal pro Woche in den Räumen der Praxis stattfindet.

bieten außerdem Physiotherapeutische Sprechstunden, Osteopathie, Gyrotonic und Spiraldynamik an.

Bis zu 500 Euro jährlich pro Mitarbeiter

Dass die Nachfrage nachlässt, ist indes unwahrscheinlich. Immer mehr Betriebe setzen auf betriebliche Gesundheitsförderung – als Aushängeschild, um neue Mitarbeiter zu gewinnen und um Fehlstunden zu reduzieren. Auch kranke Mitarbeiter, die zur Arbeit erscheinen, kosten die Unternehmen Geld, weil die Betroffenen zum Beispiel oft weniger leistungsfähig sind und mehr Fehler machen.

Außerdem belegen inzwischen zahlreiche Studien, dass fitte Mitarbeiter zufriedener und weniger krank sind: Laut einer Studie der Zeitschrift „Personalführung“ aus dem Jahr 2015 sind immerhin fast 70 Prozent der Unternehmen davon überzeugt, dass sich betriebliches Gesundheitsmanagement positiv auf den Krankenstand und die Motivation auswirkt. Ein Grund für die große Beteiligung der Betriebe ist sicherlich auch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz. Es ermöglicht jedem Arbeitgeber, jährlich bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter als steuerfreie Zusatzleistung geltend zu machen. Leistungen und Qualifikation der Anbieter sowie die Dokumentation müssen aber strenge gesetzliche Voraussetzungen erfüllen.

Studie, die die Erfolge sichtbar macht

Für die Zukunft wünschen sich die Praxischefinnen, dass ihre Arbeit die Wertschätzung erhält, die sie verdiene. Sie könnten sich eine Studie vorstellen, die die Auswirkungen des Team Care Concepts hinsichtlich Teambildung, Langzeiteinsatzbarkeit und Schaffenskraft der einzelnen Mitarbeiter sichtbar macht.

„Ich bin überzeugt“, so Christa Faust-Müller, „dass sich die Fürsorge des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitern nicht nur finanziell lohnt, sondern auch das Betriebsklima nachhaltig positiv beeinflusst.“

Und auch die Physiotherapeutinnen genießen ihre neue Art zu Arbeiten. In 30 Jahren Physiotherapie haben sie unzählige Diskussionen rund um den Direktzugang miterlebt. Heute freuen sie sich, in ihrem Projekt komplett eigenverantwortlich handeln zu können. ■

[ks]

Steckbrief

Christa Faust-Müller wurde in München geboren. 1984 schloss sie ihre Ausbildung als Physiotherapeutin ab und machte sich im Anschluss mit eigener Praxis selbständig. 2011 beendete sie ihre Osteopathie-Ausbildung an der IAO (The International Academy of Osteopathy) und erhielt 2012 ihre Erlaubnis zur Heilpraktikerin.



Petra Lindner wurde ebenfalls in München geboren. 1985 beendete sie ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin und gründete gemeinsam mit Christa Faust-Müller 1994 das Institut für Rehabilitation. 2008 erhielt sie ihr Zertifikat als Osteopathin und 2013 die Erlaubnis zur Ausübung der freien Heilkunde im Fachbereich Physiotherapie.



INSTITUT FÜR REHABILITATION

Petra Lindner und Christa Faust-Müller

Knöpflerstraße 5, 81476 München
Telefon 089 / 756664
christafm@gmx.de
www.institut-rehabilitation.de

Betriebswirtschaftliches Basiswissen

Sicherheit, Zufriedenheit und Klarheit für
Therapie-Unternehmer

Betriebswirtschaft in der Praxis – ein Thema, das für Therapeuten meistens nicht auf dem Ausbildungsplan steht. Dabei ist Betriebswirtschaftslehre (BWL) die Grundlage für eine langfristige Sicherung Ihrer beruflichen Existenz. In unserem Seminar „Betriebswirtschaftliche Grundlagen für Therapeuten“ haben wir die Grundkenntnisse übersichtlich und einfach für Sie aufbereitet.

Ihr Nutzen

Nach dem Seminar haben Sie im Blick ...

- ▶ Gewinn: Garant für gute Leistungen in der Zukunft!
- ▶ Ausgleich: Persönliche Abwägung zwischen Gewinn und Freizeit!
- ▶ Vergleich: So erfolgreich ist meine Praxis!
- ▶ Kennzahlen: Mit wenigen Zahlen viel lenken!
- ▶ Privattarife: Lassen Sie sich Ihre Leistung gut bezahlen!
- ▶ Ideen: So lässt sich der Umsatz steigern!

... und die Antworten auf ...

- ▶ BWA – was heißt das eigentlich?
- ▶ Wozu benötige ich Kennzahlen?
- ▶ Wie kann ich meinen Umsatz durch organisatorische Veränderungen optimieren?
- ▶ Wann rechnet sich eine Rezeptionsfachkraft?

Kurzum: Erarbeiten Sie sich, wie Sie Ihre Praxis unter betriebswirtschaftlichen und therapeutischen Gesichtspunkten zum Erfolg führen. Lernen Sie, Praxisfinanzen zu verstehen. Mit den neu erworbenen Grundkenntnissen wirtschaften Sie noch erfolgreicher.

Zielgruppe

Praxisinhaber und Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referent Michael Bekaan

Michael Bekaan ist bereits seit einigen Jahren für die Firma buchner tätig und daher ein Profi bezüglich der speziellen Bedürfnisse von Therapeuten. Als Diplom-Betriebswirt, Steuerberater und ehemaliger Wirtschaftsprüfer ist er komplett in der Materie, wenn es um Kennzahlen, BWL und Buchhaltung geht. Verständlich und so gar nicht trocken erklärt er Inhalte, die für so manchen Praxisinhaber und Therapeuten bislang ein Buch mit sieben Siegeln darstellten.

Termine

07./08.04.2017 in Bonn

27./28.10.2017 in Berlin

24./25.11.2017 in Nürnberg

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.



Jetzt haben Sie
es in der Hand!



HMK-App

Schneller geht es nicht:

Verordnungen einfach prüfen mit der brandneuen HMK-App. Der vollständige Heilmittel-Katalog und die Heilmittel-Richtlinie inkl. des ICD-10 Verzeichnisses als Codes und Klartext – einfach und aktuell, zum Nachschlagen!

**Jetzt für 3,99 € in den
App-Stores von Apple
und Google erhältlich!**

