

Exklusiv für Abonnenten:  
mit Planungs-Kalender

**PRAXISTEAM  
2018**

Gute  
Nachrichten für  
Therapeuten

11 | 2017

# up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für  
erfolgreiche Therapiepraxen



Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

## Dr. Metkes Konzept zur HeilM-RL: Weniger Leistungen für Patienten soll Regressangst der Ärzte lindern

Abrechnungstipp GKV:  
Entlassmanagement ist Neu-  
land für Krankenhausärzte  
und Therapeuten

S2-Leitlinie zu Lymphödemen:  
Leitliniengerechte Lymph-  
therapie ist möglich – wenn  
Ärzte richtig verordnen

Beschäftigungsverhältnis  
eindeutig regeln: Wenn  
der Ehepartner in der Praxis  
mitarbeitet

# 0,0%

Datenverlust

**100 %** Datensicherheit und  
automatische Backups

Endlich kann ich wieder ruhig schlafen. Als Inhaber einer Therapiepraxis Sorge ich mich jeden Tag um die Gesundheit meiner Patienten. Aber um die Patientendaten mache ich mir jetzt gar keine Gedanken mehr – die sind bei Starke Software ganz sicher aufgehoben.



**STARKE SOFTWARE**

Gleich anrufen unter 0800 0000 770 und 200 € Startbonus sichern.\*

\*Aktion gültig bis zum 31.12.2017

Starke Software GmbH · Zum Kesselort 53 · 24149 Kiel · [www.buchner.de/software](http://www.buchner.de/software)

**buchner**



## Wieder nichts zu sagen!

☛ Sie dürfen kein eigenes Bankkonto haben, ein anderer entscheidet, ob, wann und was Sie arbeiten und am Ende haben Sie nicht einmal die Kontrolle über das selbstverdiente Geld. Klingt unfassbar? War aber in Deutschland bis in die 1970er Jahre noch völlig normal – zumindest für Frauen.

Immerhin dürfen Frauen in Deutschland bereits seit 1919 wählen. Damit bekamen sie nicht nur das Recht, einem politischen Vertreter ihre Stimme zu geben, sie konnten sich auch selbst in ein Amt wählen lassen und politische Entscheidungen mitgestalten. Eine Möglichkeit, von der Heilmittelerbringer – Männer wie Frauen – weit entfernt sind. Das führt uns aktuell die geplante Reform der Heilmittel-Richtlinie einmal mehr vor Augen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – wir erinnern uns, hier entscheiden Vertreter der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen darüber, für welche medizinischen Leistungen die GKV die Kosten übernimmt – hat beschlossen, es sei mal wieder Zeit, die Heilmittel-Richtlinie zu überarbeiten. Grundlage dafür scheint ein Konzeptpapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Schön, dass sich die Ärztevertreter so viele Gedanken um die Heilmittelversorgung machen. Schade, dass das Papier an vielen Stellen gravierende Fehler aufweist. Sie hätten wohl jemanden fragen sollen, der sich mit so etwas auskennt – ähm, äh, ach ja: die Heilmittelerbringer.

Also: Machen Sie es wie die Frauenrechtler und Frauenrechtlerinnen des 19. und 20. Jahrhunderts: Kämpfen Sie für eine eigene Stimme! Und haben Sie einen erfolgreichen Monat!

Mit besten Grüßen  
Yvonne Millar, Redakteurin

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

... ist ein **Überblick** über die Grundregeln des Entlassmanagements. Der Umgang mit diesen Verordnungen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist noch neu – für die Krankenhausärzte und auch die Heilmittelerbringer.

... ist die **Frage**, wie Praxen damit umgehen, wenn Therapeuten einmal krank sind. Wer entscheidet, ob Mitarbeiter die Zähne zusammenbeißen oder lieber im Bett bleiben sollten? Der Praxischef, der Arzt oder der Betroffene selbst?

... ist das **Konzept** einer Physiotherapeutin, die sich auf die Behandlung von Schwangeren spezialisiert und eine eigene Behandlungsmethode entwickelt hat. Denn mit dem Bauch wachsen häufig auch die Beschwerden.

## 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

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

# Inhalt

<b>Editorial</b>   Wieder nichts zu sagen!	03
<b>Branchennews</b>   Aktuelle Informationen	06
<b>Ich bin dann mal weg</b>   Heilmittelbranche in Zahlen	08
<b>Reform der Heilmittel-Richtlinie</b>	10
Wieder Reform, wieder ohne Beteiligung der Heilmittelerbringer	12
Konzeptpapier der KBV Fehler, fehlende Belege und falsche Folgerungen	15
Welche Qualifikation braucht man, um die Heilmittel-Richtlinie zu reformieren?	17
Ärztgehonorare sichern auf Kosten der Patienten	19
Das Evidenz-Dilemma des Heilmittel-Katalogs	20
Interview Professor Josef Hecken zur Rolle des G-BA	21
Interview Dr. Roy Kühne zur Beteiligung der Therapeuten	22
<b>Rahmenvertrag zum Thema Entlassmanagement in Kraft getreten</b>	24
<b>Abrechnungstipp GKV Entlassmanagement</b>	27
<b>Versicherungsscheck: Regelmäßig die Policen überprüfen!</b>	28
<b>Podologie: Selbstzahlerleistung anbieten</b>	29
Volle Umsatzsteuer, wenn aus HeilM-RL ausgeschlossen	30
<b>Es braucht mehr Ärzte, die sich mit Lymphologie auskennen</b>	32
Interview mit Prof. Dr. med. Etelka Földi	33
<b>Therapeuten ganz weit vorne: Lymph-Kampagne zum Deutschen Preis für Onlinekommunikation 2017 nominiert</b>	34
<b>Wenige Krankenkassen bestehen auf Genehmigungsverfahren</b>	38
<b>Praxisführung</b> Wie hältst du es mit kranken Therapeuten?	40
BGH kippt erneut überhöhte Bankgebühren	42
BGH: Bearbeitungsentgelte für Freiberufler unzulässig	43
Wenn der Ehepartner in der Praxis mitarbeitet... Beschäftigungsverhältnis muss eindeutig geregelt sein	44
Pauschale Einkommensteuer auf Geschenke	45
Urteil: Weiterhin hohe Zinsen auf Steuernachzahlungen	46
Stiftung Warentest: Nur 23 Girokonten sind wirklich kostenlos	48
Schweigepflicht gilt nun auch für externe Dienstleister	49
<b>Hausbesuch</b> Nimm zwei Praxen und bleib gesund	46
<b>Konzept: Therapeutin macht fit für Babybauch und Wehen</b>	48



20

Professor Josef Hecken (unparteiischer Vorsitzender des G-BA): „Eine formale Einbeziehung der Heilmittelerbringer vor dem Stellungnahmeverfahren ist nicht vorgesehen“



30

Prof. Dr. med. Etelka Földi (Autorin S2-Leitlinie): „Es braucht mehr Ärzte, die sich mit Lymphologie auskennen“



19

Dr. Roy Kühne (MdB): „Die Heilmittel-erbringer von der Beratung auszu-schließen, ist ein Fehler im System“



32

Therapeuten ganz weit vorne:  
Lymph-Kampagne zum Deutschen Preis  
für Onlinekommunikation 2017 nominiert

## Impressum

**up** unternehmen  
praxis

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

**Chef vom Dienst**  
Ulrike Stanitzke

**Autoren**  
Karina Lübbe (kl), Yvonne Millar (ym)  
Katharina Münster (km), Daniela Mett (dm)  
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)  
Moritz Kohl (mk), Ralf Buchner (bu),  
Jenny Lazinka (jl), Verena Barth (vb)

**Verlag**  
Buchner & Partner GmbH  
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel  
Telefon 0800 5 999 666  
Fax 0800 13 58 220  
[redaktion@up-aktuell.de](mailto:redaktion@up-aktuell.de)  
[www.up-aktuell.de](http://www.up-aktuell.de)

**buchner**

**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:** 42.000 Exemplare  
**Druck:** Eversfrank Preetz



**Bildnachweise:** Titel: KVBW/Jürgen Altmann;  
Manuel Geiger (3), GEORG J.LOPATA/AXEN-  
TIS.DE (19), Britt Schilling(30), Anna Henrich  
(46), Claudia Domke (49, 50); iStock: Zina-  
daSopina, nicolas\_ (6), Staras, Rawpixel (7),  
RapidEye (10), STUDIO GRAND OUEST (12), SI-  
photography (13, 14, 15, 16, 18), filistimlyanin  
(14), STUDIOGRANDOUEST (17), mheim3011  
(18), RapidEye 819), ricardoinfante (21),  
Thomas\_EyeDesign (23), SvetaZi (25), teekid  
(26), Jan-Otto (28), Barcin (29), sunemoti-  
on (34), Stadtrat (35), hoozone, Monkey  
Business (36), Grafner, anopdesignstock (38),  
ustycloud, PeopleImages (40), hatman12  
(42), s576 (43), ismagilov (44), Lorado (45),  
comzeal (48), nensuria (50)

Passwort für [www.up-aktuell.de](http://www.up-aktuell.de):  
**mittel**

## Studie „Ich bin dann mal weg“ – Therapeuten flüchten aus dem Beruf

Der Fachkräftemangel könnte sich in Zukunft verschärfen, eine große Zahl von Heilmittelerbringern verlässt den Beruf. Das legt die Studie „Ich bin dann mal weg“ nahe, die Studierende des Masterstudiengangs Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius in Idstein durchführten.

Nur knapp jeder Dritte der 984 Befragten – 306 Physiotherapeuten, 245 Ergotherapeuten und 433 Logopäden – wolle demnach in seinem Beruf weiterarbeiten. Rund ein Viertel sei bereits ausgestiegen, fast die Hälfte denke darüber nach. Besonders kritisch sei die Situation bei den Physiotherapeuten und Logopäden – bei ihnen erwägen 50 beziehungsweise 51 Prozent einen Ausstieg, während es bei den Ergotherapeuten 38 Prozent seien.

Die Zahlen der tatsächlichen Aussteiger liegen näher beieinander: bei den Ergotherapeuten 21, bei den Logopäden 24 und bei den Physiotherapeuten 25 Prozent.

### Zu wenig Geld und Perspektiven, zu schwache Lobby

Als Gründe für einen Ausstieg nannten die Befragten vor allem zu geringe Verdienstmöglichkeiten und mangelnde berufliche Perspektiven, aber auch geringe politische Einflussmöglichkeiten der Berufsgruppe.

Die meisten der Aussteiger, rund zwei Drittel, wanderten in Forschung und Lehre ab. Etwa 13 Prozent gaben ihre Kassenzulassung auf. 20 Prozent seien „Vollaussteiger“, sie hätten sich komplett aus der Therapie-Sparte verabschiedet.

„Gerade gesetzlich Versicherte könnten in Zukunft länger auf einen Termin warten müssen“, so Dr. Sabine Hammer, Dekanin des Master-Studiengangs Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius, in einer Pressemitteilung zur Studie.



## Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland gestiegen – viele Antragssteller aus Gesundheitsberufen

Deutsche Behörden erkennen im Ausland erworbene Berufsabschlüsse zunehmend an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) wurden 2016 bundesweit die beruflichen Abschlüsse von 19.179 Antragsstellern als vollständig oder eingeschränkt gleichwertig zu einer in Deutschland erworbenen Qualifikation eingestuft. Das sind 15,1 Prozent mehr anerkannte Abschlüsse als 2015. Wie in den Vorjahren betrafen die meisten der Verfahren medizinische Berufe – 8.034 Gesundheits- und Krankenpfleger, 7.569

Ärzte und 957 Physiotherapeuten. Insgesamt bearbeiteten die Behörden 27.270 Verfahren, zu 6.471 gab es Ende 2016 noch keinen Beschluss. Abgelehnt wurden 669 Anträge. Die meisten der Anerkennungsverfahren (11.889) bezogen sich auf Abschlüsse, die innerhalb der Europäischen Union erworben wurden, gut 15.000 waren Abschlüsse aus dem übrigen europäischen Ausland oder aus Ländern außerhalb Europas, vor allem aus Asien.



## Grundlohnsumme für das Jahr 2018 steigt um 2,97 Prozent



Die Veränderung der Grundlohnsumme – also der Summe der beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Versicherten – wurde für das Jahr 2018 berechnet: Die Steigerungsrate beträgt 2,97 Prozent und erreicht damit einen neuen Höchststand. 2017 lag sie bei 2,5 Prozent, 2016 bei 2,95 Prozent und 2015 bei 2,53 Prozent. Das gab das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kürzlich bekannt. Die Veränderungsrate der Grundlohnsumme legt nach § 71 Abs. 3 SGB V die Grenze für die Vergütungserhöhungen im Heilmittelbereich fest. Allerdings ist sie für Therapeuten bis auf weiteres ohne Belang, da mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HVVG) die Grundlohnsummenbindung für die Therapeuten für drei Jahre (2017 bis 2019) ausgesetzt wurde. Krankenkassen und die Verbände der Heilmittelerbringer können damit auch Abschlüsse oberhalb der Grundlohnsumme vereinbaren.

## Beitragsbemessungsgrenzen werden 2018 wieder steigen

Aufgrund der positiven Einkommensentwicklung hat das Bundeskabinett für 2018 höhere Beitragsbemessungsgrenzen für die Renten- sowie Kranken- und Pflegeversicherung beschlossen. Die Einkommen stiegen 2016 bundesweit um 2,42 Prozent (im Westen um 2,33, im Osten um 3,11 Prozent). Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales soll die Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung deswegen auf 3.045 Euro pro Monat steigen (2017: 2.975 Euro), die Beitragsbemessungsgrenze für die Rentenversicherung auf 6.500 Euro monatlich (2017: 6.350 Euro). Diese Beitragsbemessungsgrenzen bestimmen das Bruttogehalt, bis zu dem die Sozialversicherungsbeiträge gesetzlich Versicherter steigen. Alles, was an Gehalt darüber hinausgeht, fließt nicht in die Beitragsberechnung mit ein.

Auch die Versicherungspflichtgrenze, bis zu der Arbeitnehmer sich gesetzlich krankenversichern müssen, wird erhöht, auf 59.400 Euro (2017: 57.600 Euro). Bevor die Verordnung im Januar 2018 in Kraft treten kann, muss der Bundesrat noch zustimmen.

## Heilmittelausgabenvolumen steigen 2018 deutlich

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel steigt im kommenden Jahr mindestens um 3,9 Prozent. Das ist das Ergebnis der bundesweiten Rahmenvorgaben, auf die sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt haben.

Das Ausgabenvolumen, das im Jahr 2018 für Heilmittel bereitsteht, erhöht sich nach den Rahmenvorgaben von KBV und GKV-Spitzenverband um rund 230 Millionen Euro. Grund für die Steigerung ist die für den 1. Januar 2018 vorgesehene Einführung der Ernährungstherapie als neues Heilmittel, sowie die Überlegung, dass die Modellvorhaben zur Blankoverordnung zu Mehrausgaben führen werden. Noch ist nicht bekannt, ob und wie diese angenommenen Mehrausgaben aus dem vertragsärztlichen Ausgabenvolumen herausgerechnet werden.

### Weitere Verhandlungen auf Landesebene werden deutliche Zuwächse bringen

Die Rahmenvorgaben Heilmittel bilden die Basis für die regionalen Verhandlungen zu den Ausgabenvolumina, die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Krankenkassen vor Ort führen. Sie vereinbaren jeweils auf regionaler Ebene anhand der bundeseinheitlichen

Vorgaben die tatsächlichen Heilmittelausgabenvolumen. Diese sind dann die Grundlage für Budgets und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der niedergelassenen Ärzte.

Zu den Anpassungsfaktoren, die KVen und Kassen zusätzlich verhandeln, gehören unter anderem Zielvereinbarungen sowie die Veränderung der Heilmittelpreise, die im nächsten Jahr vermutlich erheblichen Einfluss darauf haben werden, wie sich die Ausgaben entwickeln. Wie in den Vorjahren haben KBV und GKV-Spitzenverband auch für das Jahr 2018 darauf verzichtet, die Anpassungsfaktoren, die bundesweit festgelegt werden, einzeln zu bewerten und auszuweisen.



## Krankengeldanspruch auch bei formloser AU-Bescheinigung



Der Anspruch auf Krankengeld besteht auch dann, wenn ein Arzt die Arbeitsunfähigkeit nur formlos festgestellt hat. Eine förmliche Bescheinigung sei nicht zwingend nötig, wie kürzlich das Sozialgericht Leipzig entschied. Der Arzt müsse auch nicht als Vertragsarzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zugelassen sein.

Geklagt hatte eine Frau, die nach der stationären Behandlung aufgrund eines erlittenen Polytraumas freitags aus dem Krankenhaus entlassen worden war und erst am darauffolgenden Dienstag einen Untersuchungstermin bei ihrem Hausarzt erhalten hatte. Aufgrund der verspäteten Feststellung weigerte sich

die Kasse, Krankengeld zu zahlen. Sie bezog sich dabei auf § 46 Satz 2 SGB V, wonach der Anspruch auf Krankengeld erst „von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an“ gilt, solange Patienten nicht in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Die Sozialrichter aber gaben der Klägerin Recht. Denn bereits während der stationären Behandlung hatte ein Klinikarzt der Krankenkasse formlos mitgeteilt, dass die Patientin für die nächsten fünf Monate arbeitsunfähig sein werde. Diese formlose Feststellung decke die vermeintliche zeitliche Lücke ab, so die Richter (Aktenzeichen: S 22 KR 75/16).

# Ich bin dann mal weg | Heilmittelbranche in Zahlen

## Bist Du schon weg oder therapiert Du noch?

Nur knapp jeder Dritte der 984 durch die Hochschule Fresenius Befragten (306 Physiotherapeuten, 245 Ergotherapeuten und 433 Logopäden) will in seinem Beruf weiterarbeiten. Eine Untersuchung, die Praxisinhabern wertvolle Informationen zur Mitarbeitermotivation und -bindung liefert.

### 29 % Bleiber

Die "Bleiber" sollten immer wieder aktiv dafür gesehen/gelobt werden, dass sie die Grundlage für eine gute Versorgung der Patienten mit Heilmittel-Therapie sind.

### 24 % Aussteiger

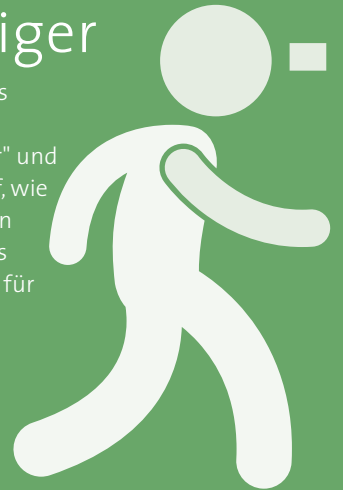
Die "Aussteiger" sollte man als Praxisinhaber formvollendet verabschieden. Die "Überleger" und "Bleiber" achten genau darauf, wie Praxisinhaber mit abtrünnigen Kollegen umgehen. Schlechtes Abschiedsmanagement sorgt für schlechte Stimmung.

### 47 % Überleger

Die "Überleger" kann man als Praxisinhaber dazu motivieren, zu bleiben. Dabei hilft es, sich mit der Liste der Ausstiegsgründe gut auseinanderzusetzen.

Siehe dazu Beitrag Seite 6

Quelle: Hochschule Fresenius | Studie: „Bist Du schon weg oder therapiert Du noch?“ September 2017





# 21 %

## Vollaussteiger

z. B. Finanzberater, Wirtschaftspsychologen, Erzieher, Sänger, Grundschullehrer, Jobcenter

## Wohin gehen die Aussteiger?

# 66 %

## Weiterentwickler

davon arbeiten knapp 43 Prozent in der Lehre und 13 Prozent in der Forschung

# 13 %

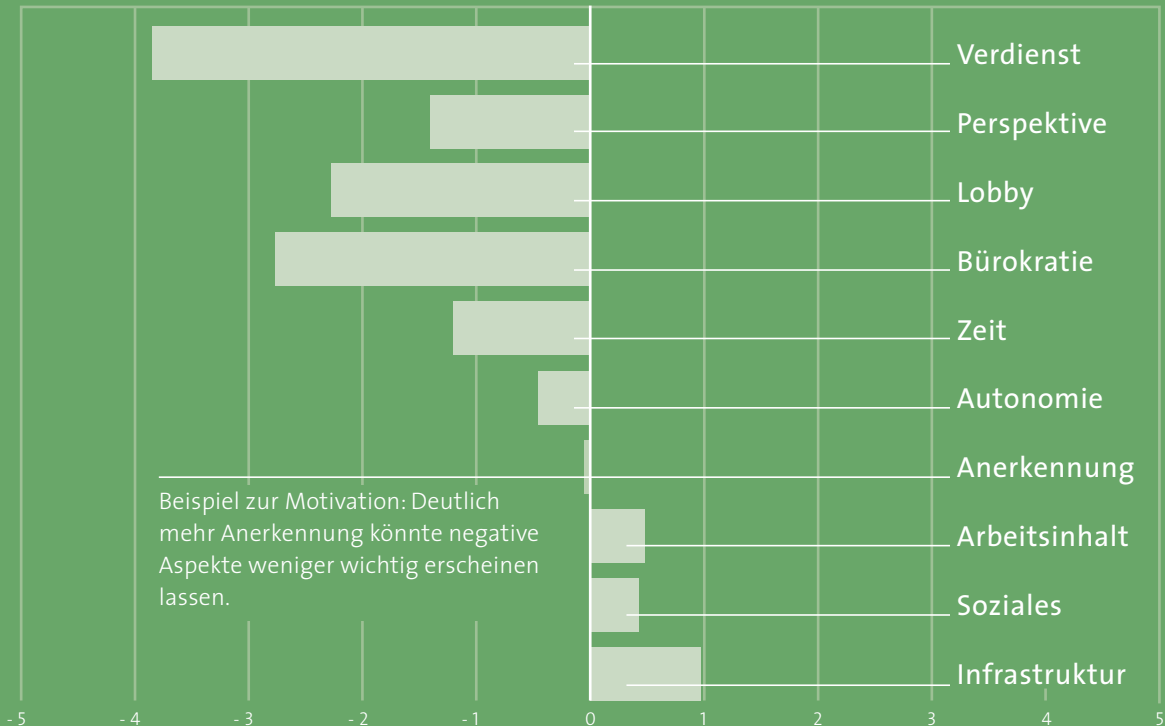
## Systemflüchter

z. B. Privatpraxen, Tiertherapie, Ausland

## Ausstiegsgünde für die Überleger

Grund für den Ausstieg

Grund zum Bleiben



Beispiel zur Motivation: Deutlich mehr Anerkennung könnte negative Aspekte weniger wichtig erscheinen lassen.

Das, was an negativen Ursachen zum Ausstieg verleiten könnten, sollte man versuchen abzustellen.

Oft ist es einfacher positive Gründe zum Bleiben zu schaffen, als zu versuchen gegen negative Aspekte anzuarbeiten.



# Heilmittel-Richtlinie

## Wieder Reform, wieder ohne Beteiligung der Heilmittelerbringer

Es ist wieder soweit: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. September 2017 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und den Heilmittel-Katalog bis Anfang 2019 zu überarbeiten. Eines der Ziele ist es, den Heilmittel-Katalog zu „entschlacken“. Die Beratung erfolgt gemäß Verfahrensordnung des G-BA unter Ausschluss der Heilmittelerbringer.

Der G-BA setzt mit seinem jüngsten Beschluss zur Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie nun genau das um, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schon in Reaktion auf die Verabschiedung des HHVGs angekündigt hatte: Wenn denn Therapeuten unbedingt Blankoverordnungen und/oder Direktzugang erhalten sollen, dann müsse man doch endlich einmal die Evidenz von Heilmitteln untersuchen, so sinngemäß die KBV. Nun folgt dieser Ankündigung der Beschluss des G-BA, in dem die KBV (im Gegensatz zu den Heilmittelerbringern) direkt vertreten und antragsberechtigt ist. Im Einzelnen soll es um die „Überprüfung und Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittel-Katalogs mit dem Ziel der Verbesserung von Versorgungsqualität und Praktikabilität“ gehen.

Die Grundlage dieses Beschlusses, das Konzeptpapier der KBV kursiert im Internet und ist eine perfekte Dokumentation dafür, wie der G-BA zum Spielball der Interessen einzelner Berufsgruppen (hier der KBV) werden kann. Besonders besorgniserregend, wenn man sich anschaut, wie viele sachliche und fachliche Fehler, nicht belegte Behauptungen und einseitige „Lösungsansätze“ sich darin wiederfinden.

Die KBV wollte sich auf Nachfrage nicht zu unseren Fragen bezüglich des Konzeptpapiers äußern. Man würde generell keine Stellungnahmen zu laufenden Verfahren abgeben.

# Konzeptpapier der KBV

## Fehler, fehlende Belege und falsche Folgerungen

Eine Kopie des Konzeptpapiers  
können Abonnenten gerne  
per Mail anfordern unter:  
[redaktion@up-aktuell.de](mailto:redaktion@up-aktuell.de)

Unter der Überschrift „Evidenz, Einfachheit, prospektive Behandlungsdauer (EEP)“ haben führende Ärztfunktionäre und Mitarbeiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Konzeptpapier zur Reform der Heilmittel-Richtlinie vorgelegt. Doch das Papier ist an vielen Stellen fehlerhaft, Behauptungen werden nicht belegt und die Schlussfolgerungen der Ärztfunktionäre sind falsch.

Das Konzeptpapier der Ärztfunktionäre scheint eine der Grundlagen zu sein, auf denen der G-BA seinen jüngsten Beschluss zur Reform der Heilmittel-Richtlinie begründet. Hauptautoren des Konzeptpapiers sind Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg, und Wolfgang-Axel Dryden, Vorstandsvorsitzender der KV Westfalen-Lippe. Drei Mitautoren stammen aus den Reihen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die das Papier vermutlich auch in den G-BA eingebracht hat. Deswegen wird an dieser Stelle vom Konzeptpapier der KBV gesprochen.

### Das Konzeptpapier in der Zusammenfassung

Das Konzeptpapier versucht zunächst mit einer Analyse der derzeitigen Verordnungs- und Versorgungsstruktur eine Begründung für einen Reformbedarf der Heilmittel-Richtlinie zu liefern. Dann folgt ein Mini-Abschnitt zum zeitlichen Ablauf der Reform, an den sich der Abschnitt mit konkreten Lösungsansätzen zur Reform anschließt. Leider wird bei den Lösungsansätzen nicht benannt, welches der vorher identifizierten Probleme jeweils behoben werden soll.



### Behandlungsbedarfe falsch dargestellt

Bei der Analyse der derzeitigen Verordnungs- und Versorgungsstrukturen im Heilmittelbereich unterlaufen den Autoren des Konzeptpapiers zahlreiche Fehler. So wird unter der Überschrift „Unterschiedliche Behandlungsbedarfe“ die Behauptung aufgestellt, dass es ein durch den Gesetzgeber festgelegtes dreigliedriges System der Behandlungsbedarfe gebe. Das ist jedoch falsch. Richtig ist, dass im SGB V in § 32 der grundsätzliche Anspruch auf Heilmittel festgelegt wird und im § 92 der G-BA den Auftrag erhält, die Auslegung dieses allgemeinen Anspruchs durch die Heilmittel-Richtlinie zu konkretisieren. Davon abweichende Bedarfe kennt das SGB V nicht. Doch diese Konstruktion scheint den Autoren des Konzeptpapiers nicht wirklich bekannt zu sein.

Stattdessen wird behauptet, ein Behandlungsbedarf ergäbe sich erstens aus den Regelungen zum „Langfristigen Heilmittelbedarf“, zweitens aus den Regeln zu den „Besonderen Verordnungsbedarfen“ und drittens benennen die Autoren einen „Allgemeinen Behandlungsbedarf“.

### Alle drei Punkte sind falsch:

► **Langfristiger Heilmittelbedarf:** Die Regeln zum „Langfristigen Heilmittelbedarf“ stammen aus § 32 SGB V und sind einzig und allein dazu eingeführt worden, die Versicherten, die längerfristig Heilmittel benötigen, von der Last zu befreien, einen Antrag bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls stellen zu müssen. Man sieht, dass hier vom Gesetzgeber ausdrücklich kein weiterer Behandlungsbedarf benannt wird. Es wird lediglich eine Regelung eingeführt, die es organisatorisch erleichtert, den von Heilmittel-Richtlinie und -Katalog benannten Bedarf in Anspruch zu nehmen. Daran ändert auch nichts, dass die Ärzte es im Anschluss geschafft

haben, an diesen Status des Versicherten eine Ausnahme bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu knüpfen. Die entsprechende Indikationsliste legt eben keinen neuen Behandlungsbedarf fest, sondern regelt nur, bei welchen Verordnungen (die den Regeln der Heilmittel-Richtlinie entsprechen) keine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungsweise des Arztes erfolgt.

► **Besondere Verordnungsbedarfe:** Die Regeln zu den „Besonderen Verordnungsbedarfen“ stammen aus § 106 b SGB V mit der bezeichnenden Überschrift „Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen“. Hier geht es ausschließlich darum, Regeln zu vereinbaren, mit denen man Ärzte im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sinnvoll entlasten kann. Das erfolgt zwar durch eine Liste mit Indikationen zur Heilmitteltherapie, die aber wiederum ausdrücklich keine Erweiterung der Behandlungsbedarfe darstellen (das wäre rechtlich auch gar nicht möglich), sondern wiederum nur aufzeigen, bei welchen Verordnungen (die den Regeln der Heilmittel-Richtlinie entsprechen) im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von extrabudgetärem Heilmittelbedarf ausgegangen wird.

► **Allgemeiner Behandlungsbedarf:** Der von den Autoren des Konzeptpapiers beschriebene „Allgemeine Behandlungsbedarf“ wird in § 32 SGB V festgelegt. Im Gegensatz dazu behaupten die Autoren, der allgemeine Behandlungsbedarf sei „ein Leistungsanspruch des Versicherten, der nicht die Kriterien der §§ 32, 84 alt, 106b neu SGB V erfüllt.“ Das ist in der Tat bemerkenswert, denn rein von der Konstruktion des SGB V her gibt es keinen Leistungsanspruch des Versicherten auf Heilmittel über den § 32 hinaus. Hier wird also im Konzeptpapier exakt das Gegenteil dessen beschrieben, was rechtlich vorgeschrieben ist.



## 02 | Konzeptpapier der KBV Fehler, fehlende Belege und falsche Folgerungen

### Grundproblem der Mengenregulierung nicht verstanden

Die Autoren beschreiben unter der nächsten Überschrift „Mengenregulierung“ die Steuerung und Mengenregulierung der Heilmittelverordnung in mehreren Ebenen: „Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie“, „regionale Heilmittelvereinbarungen“ und „regionalspezifische Mengengrenzungen“.

► Die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie sind für Ärzte, Versicherte und Therapeuten verbindlich. Die Autoren des Konzeptpapiers behaupten jedoch, eine Verordnung gemäß HeilM-RL sei nicht automatisch als wirtschaftlich im Sinne des SGB V anzusehen. Zur Begründung verweisen sie auf eine höchstrichterliche Rechtsprechung. Doch das entsprechende Urteil erläutert: „Für die vom Arzt im Einzelfall verordnete Leistungsmenge sind die untergesetzlichen Frequenzvorgaben [d.h. die HeilM-RL] maßgebend; beachtet der Arzt diese Vorgaben, kann ihm in der Regel nicht vorgehalten werden, er hätte in einem einzelnen Behandlungsfall Heilmittel nur mit geringerer Frequenz verordnen dürfen.“ Hier steht der Text des Urteils also in direktem Widerspruch zur Behauptung des Konzeptpapiers.

► Regionale Heilmittelvereinbarungen legen das Heilmittelausgabenvolumen je KV-Gebiet fest. Überschreiten alle Ärzte gemeinsam dieses Ausgabenvolumen, könnte das theoretisch dazu führen, dass Kassen die Gesamtvergütung für diese KV entsprechend kürzen. Doch das ist eben nur Theorie, denn im Falle einer Überschreitung können die KVen nachverhandeln.

► Außerdem gibt es eine Mengenregulierung über die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, die sich primär auf die Anzahl der Patienten bezieht, denen Heilmittel verordnet werden. Überschreitet ein Arzt seine regionalspezifische Mengengrenzung

(sein Budget), so muss er dies begründen. Doch die meisten Ärzte haben Schwierigkeiten, eine formal korrekte Indikation zur Heilmittel-Therapie zu formulieren. Dabei beschreibt die HeilM-RL ganz genau, welche formalen Vorgaben einzuhalten sind. Hält man sich an diese Angaben, gibt es auch keine Regresse!

### Leistungsanspruch und Budget nicht miteinander verknüpft

In dem oben genannten Urteil wird gut beschrieben, dass es für den verordnenden Arzt zwei Ebenen der Mengenregulierung gibt. Damit kommt das im Konzeptpapier zitierte höchstrichterliche Urteil zum Grundproblem der Mengenregulierung, das die Autoren des Konzeptpapiers leider nicht thematisieren: Die Heilmittel-Richtlinie hat bei ihrer Einführung vor 15 Jahren den Leistungsanspruch der Versicherten erstmals verbindlich konkretisiert. Dieser Leistungsanspruch ist aber nicht umgerechnet worden auf die Heilmittelkosten. Stattdessen wurde das Heilmittelausgabenvolumen einfach weiter fortgeschrieben. So gibt es heute immer noch einerseits die Heilmittel-Richtlinie mit dem Leistungsanspruch der Versicherten und andererseits das historisch gewachsene Heilmittelbudget. Dass diese inhaltlich nichts miteinander zu tun haben, haben KVen/KBV toleriert. Vielleicht ist das der Grund dafür, dass dieses Problem im Konzeptpapier nicht in der gebotenen Deutlichkeit beschrieben wird.

### Grundsätzliche Kritikpunkte der KBV am Heilmittel-Katalog

Im nächsten Abschnitt des Konzeptpapiers werden unter der Überschrift „HeilM-RL: Status Quo“ drei „grundsätzliche Kritikpunkte“ an der Heilmittel-Richtlinie benannt:

1. **Kritikpunkt** „Die reale Situation der Krankheitsbilder, die sich den Ärzten in der Praxis präsentieren,“ werde durch den Heil-



mittel-Katalog zunehmend nicht abgebildet, behaupten die Autoren. Die steigende Zahl ambulant durchgeführter OPs, neue minimal-invasive Verfahren und die Alterung der Gesellschaft nennt das Konzeptpapier als Beispiele.

Diese Behauptung ist relativ überraschend, denn die aufgeführten Beispiele sind allesamt Krankheitsbilder, die in erheblichem Umfang Eingang in die Liste der Besonderen Verordnungsbedarfe gefunden haben.

Das, was die Autoren des Konzeptpapiers bei diesem Punkt umtreibt, wird dann ergänzt: Die Heilmittel-Richtlinie laufe Gefahr, so die Autoren, nur noch „pro forma“ umgesetzt zu werden. Und das sei „dem ärztlichen Alltag in der Praxis geschuldet, der es schlechthin nicht erlaubt, kontinuierlich den ärztlichen Untersuchungsbefund“ zu katalogisieren „und die Symptomatik auch vorrangigen, optionalen und ergänzenden Heilmitteln zuzuordnen.“ Sprich: Ärzte sind nicht in der Lage, den Heilmittel-Katalog richtig anzuwenden! Das ist in der Tat eine Aussage, die viele Heilmittelerbringer aus ihrer täglichen Arbeit bestätigen können.

**2. Kritikpunkt:** Es gäbe die Gefahr, „eine Unterversorgung aus Regressangst zu verursachen“, behaupten die Autoren des Konzeptpapiers. Denn schließlich sei ein Überschreiten des zwischen KVen und Kassen vereinbarten Heilmittelausgabenvolumens gem. § 84 SGB V „Gegenstand der Gesamtverträge“. Bedeutet, dass zu viele durch Ärzte verordnete Heilmittel theoretisch vom Honorar der KV abgezogen werden könnten.

In der Praxis werden Jahr für Jahr vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, ohne dass deshalb jemals eine Krankenkasse Zugriff auf die Honorare der KVen genommen hätte. Ganz im Gegenteil: Obwohl wir seit vielen Jahren teilweise erhebliche Überschreitungen der regionalen Heilmittelausgabenvolumina haben, sind die Honorare der Ärzte trotzdem gut gestiegen.



# Kommentar

## Welche Qualifikation braucht man, um die Heilmittel-Richtlinie zu reformieren?

Ein Kommentar von Ralf Buchner

Wenn ich mir das Konzeptpapier der KBV zur Reform der Heilmittel-Richtlinie durchlese, wird mir schon ein bisschen mulmig. Denn das in diesem Papier dokumentierte Unwissen um die Details der Entstehung und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinie lässt für eine zukünftige Reform Schlimmes ahnen.

Das liegt etwa am Hauptautor des Papiers Norbert Metke, Chef der KV Baden-Württemberg. Unter seiner Führung hat man bereits sogenannte Wirtschaftlichkeitsziele in Baden-Württemberg vereinbart: Es wurde zum Beispiel festgelegt, dass der Anteil Manueller Therapie (MT) an PT-Gesamt kleiner als 15 Prozent sein soll. Nicht ersichtlich ist, ob hier auf den Umsatz der MT abgehoben wird oder auf die Anzahl der Therapieeinheiten. Das macht nämlich einen deutlichen Unterschied. Doch weder die Verträge sagen dazu etwas aus, noch hat die KV BaWü auf Nachfrage eine Antwort.

Auch fehlt es sowohl dem Konzeptpapier als auch den Wirtschaftlichkeitszielen der KV BaWü an Evidenz. Denn Belege dafür, wie groß der Anteil der MT-Behandlungen an der Physiotherapie sein soll, gibt es nicht. Genauso wenig wie es Belege zum Beispiel für die im Konzeptpapier vorgeschlagenen zukünftigen prospektiven Behandlungsdauern gibt.

Bleibt die Frage, welche Qualifikation man haben muss, um an einer Reform der Heilmittel-Richtlinie mitarbeiten zu dürfen: Genaue Fachkenntnisse und exakte Arbeitsweise scheinen nicht zu den Grundanforderungen zu gehören. Stattdessen reicht es offensichtlich, ein Funktionär zu sein.

## 03 | Konzeptpapier der KBV Fehler, fehlende Belege und falsche Folgerungen

Die angeblich drohende Unterversorgung wird im Konzeptpapier belegt mit dem Heilmittelbericht der BARMER Ersatzkasse (BEK) aus dem Jahr 2015 – am Beispiel der Heilmittelversorgung der COPD. Einziges Problem dabei: Inzwischen ist die COPD als langfristiger Heilmittelbedarf in die Heilmittel-Richtlinie eingeführt. Damit hat der einzelne Arzt keinen Grund mehr, Regressangst zu haben, denn COPD-Patienten können ohne wirtschaftliches Risiko für den verordnenden Arzt ausreichend mit Heilmitteln versorgt werden. Die Autoren des Konzeptpapiers haben beim Beispiel COPD den Wegfall des Regressrisikos nicht nur unterschlagen, sondern auch den Heilmittelbericht der BEK nicht vollständig gelesen. Denn dort wird aufgezeigt, dass der Wegfall des Regressrisikos für Ärzte bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten eben nicht zu einem signifikanten verbesserten Verordnungsverhalten der Ärzte geführt hat.

**3. Kritikpunkt:** Die Erfahrung zeige, so die Autoren, „dass die Physiotherapeuten nur noch in Teilen die rezeptierten Heilmittel auch tatsächlich abgeben.“

Leider bleiben sie dafür Belege in Form von belastbaren Statistiken schuldig. Hier wird fahrlässig der falsche Eindruck erweckt, Physiotherapeuten würden in großem Umfang die von den Ärzten rezeptierten Heilmittel nicht erbringen!

Und die Ursache für diese Unterlassung liegt nach Ansicht der Autoren an der „zeitliche[n] Latenz zwischen ärztlicher Verordnung und Beginn der Behandlung, wie auch [an] Veränderungen des Krankheitsbildes unter der Behandlung.“ Deswegen, so die Autoren, hätte der Gesetzgeber die Modellversuche zur „Blanko-Verordnung“ eingeführt.

Hier ist kritisch anzumerken, dass es weder verlässliche Daten dazu gibt, wie viel Zeit zwischen Verordnung und Behandlungsbeginn liegt, noch zu Veränderungen des Krankheitsbildes unter

der Behandlung. Und aus diesen nicht belegbaren Behauptungen die Motivation des Gesetzgebers für Blankoverordnungen abzuleiten, entspricht nicht der Gesetzesbegründung.

Die Autoren erläutern dann ganz richtig, dass es viele Regelungen gibt, „die zu Rückfragen und nachträglichen Anpassungsgesuchen der Therapeuten führen, die auf unterschiedlicher Auslegung der HMR und des HMK basieren.“ Sie verschweigen aber, dass es die KBV ist, die sich nicht in der Lage sieht, die unterschiedlichen Auslegungen mit dem GKV-Spitzenverband in einem neuen Fragen-/Antworten-Katalog verbindlich zu klären.

### Verweis auf nicht vorhandene Evidenz

Dieses Kapitel endet mit der bemerkenswerten Behauptung, es gäbe „heute eine umfangreiche evidenzbasierte Grundlagenforschung der Heilmittel in Bezug auf ihre Art, evidenzbasierte Menge und Dauer ihrer Anwendung in Bezug auf den Nachweis der Evidenz.“ Dazu wird als einziger Beleg die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2017 geliefert.

Die meisten Heilmittelerbringer würden sich über „evidenzbasierte Grundlagenforschung“ wirklich freuen, allein genau daran fehlt es an vielen Stellen. Kein Wunder, denn Therapieforschung findet in Deutschland wenig bis gar nicht statt – es mangelt an der Finanzierung (siehe Seite 19).

### Lösungsansätze ohne Belege und Zusammenhang

Im Abschnitt III des Konzeptpapiers werden dann die „Lösungsansätze“ einer Reform der Heilmittel-Richtlinie vorgestellt. Nicht nur, dass sich wiederum Fehler in die Argumentation eingeschlichen haben, es fehlen hier auch Belege und der Zusammenhang zwischen beschriebenen Problemen und einzelnen Lösungen wird nicht immer deutlich.





## Lösung A

fordert den Wegfall der Leitsymptomatik und der Therapieziele

Dabei stellen die Autoren zunächst die Behauptung auf, der ICD-10 Code sei ein zentrales Element der Heilmittelverordnung. Das ist falsch. Richtig ist, dass es in den Diagnosengruppen des Heilmittel-Katalogs gar keine ICD-10 Codes gibt. Das hat man vor 15 Jahren ganz bewusst so entschieden, um den Ärzten einen größeren Spielraum bei der Verordnung zu geben. Die ICD-10 Codes gibt es nur, damit Ärzte vor Regressen geschützt sind. Selbst die Vordruckvereinbarungen zwischen KBV und Kassen sehen ausdrücklich vor, dass ICD-10 Codes auf einer Heilmittel-Verordnung auch fehlen können.

Gelöst wird mit dem Wegfall der Leitsymptomatik und der Therapieziele der oben benannte Kritikpunkt 1, die Ärzte werden einfacher mit der Heilm-RL zurechtkommen.



## Lösung B

fordert den Wegfall von Heilmitteln ohne Evidenz und die differenzierte Verordnung nach vorrangigen, optionalen und ergänzenden Heilmitteln

Gefordert wird, dass „Heilmittel ohne Evidenz aus dem Heilmittelkatalog entfernt werden und somit nicht zu Lasten der GKV verordnet werden können.“ Außerdem soll die Differenzierung der Heilmittel gestrichen werden: „Der Arzt gibt nur noch das primäre Heilmittel an.“ Und der Therapeut kann dann selbst entscheiden, welche ergänzenden Maßnahmen er für richtig hält. „Krankenkassen und Therapeutenverbände müssen hierfür die notwendigen vertraglichen Voraussetzungen schaffen“, steht im Konzeptpapier und meint, dass in Zukunft Therapeuten das wirtschaftliche Risiko für alle Maßnahmen übernehmen sollen, die über das primäre Heilmittel hinausgehen.

Gelöst wird mit dem Wegfall der differenzierten Verordnung das Regressrisiko der Ärzte (Kritikpunkt 2). Jetzt wird nur noch das primäre Heilmittel verschrieben und das Regressrisiko auf die Therapeuten verschoben. Wie damit allerdings das angesprochene Problem der Unterversorgung der Patienten (ebenfalls Punkt 2) gelöst werden soll, bleibt ein Geheimnis der Autoren. Und mit dem Wegfall von Heilmitteln ohne Evidenz eröffnen die Autoren eine sehr einseitige Debatte. Denn von der vermeintlich vorhandenen „evidenzbasierten Grundlagenforschung“ wird nicht viel übrigbleiben, wenn die harten Evidenzkriterien des G-BA angewandt werden.

## Ärztgehonorare sichern auf Kosten der Patienten

Die Heilmittel-Richtlinie ist nach Ansicht der KBV ein Symbol „einer arzt- und patientenfernen Überbürokratisierung geworden.“ Mit dieser Begründung beginnt die KBV ein Konzeptpapier zur Reform der Heilmittel-Richtlinie. Doch in Wirklichkeit geht es gar nicht um Bürokratie, sondern darum, eigene Versäumnisse zu kaschieren:

Seit 15 Jahren haben es die Ärztfunktionäre versäumt, den Leistungsanspruch der Versicherten auf Heilmittel mit den historisch gewachsenen Heilmittelbudgets abzugleichen. So werden Ärzte gegen Budgets geprüft, ganz so, als gäbe es keine Heilmittel-Richtlinie.

Seit 15 Jahren haben es die Ärztfunktionäre versäumt, die Heilm-RL sachgerecht im Sinne der Patienten weiterzuentwickeln und sich stattdessen arrogant über die zahlreichen Verbesserungsvorschläge der Heilmittelerbringer zur Vereinfachung der Heilm-RL hinweggesetzt.

Und seit 15 Jahren haben es die Ärztfunktionäre versäumt,

die verordnenden Ärzte im sinnvollen Umgang mit einer der wenigen Positivlisten im GKV-System zu schulen. So sehen die meisten Ärzte die Heilmittel-Richtlinie als bürokratisches Hindernis an, anstatt die Möglichkeiten der Richtlinie zur (regressfreien) Versorgung ihrer Patienten zu nutzen.

Jetzt sollen diese eklatanten Versäumnisse durch eine Reform der Heilm-RL behoben werden: Der Leistungsanspruch der Versicherten wird einfach gekürzt (Wegfall der Verordnungen außerhalb des Regelfalls) und dann bekommen die KVen im Gegenzug bestimmt ein Regressfrei ausgehandelt...

Ein schöner Handel: Kassen müssen weniger für Heilmittel zahlen und dafür haben KVen keine Angst mehr um ihr Honorar. So werden Ärztehonorare gesichert auf Kosten der Patienten.

## 04 | Konzeptpapier der KBV Fehler, fehlende Belege und falsche Folgerungen

### Lösung C

fordert die Beibehaltung der Diagnosengruppen (kurz-, mittel- und längerfristiger Behandlungsbedarf) und die Definition der Behandlungsmenge pro Verordnung

Verordnungen außerhalb des Regelfalls werden abgeschafft und durch die Diagnosengruppe des langfristigen Heilmittelbedarfs ersetzt. Außerdem soll der Heilmitteltherapie grundsätzlich eine Prüfung von Therapiealternativen vorangestellt werden.

Scheinbar bleibt alles so, wie es ist: Diagnosengruppen bleiben bestehen, immer in kurz-, mittel- und langfristigen Behandlungsbedarf aufgeteilt. Die Höchstverordnungsmenge je Verordnung soll bei mittel- und langfristigem Behandlungsbedarf auf 12 Behandlungseinheit/VO erhöht werden. Doch dann kommt der Satz: „Der langfristige Heilmittelbedarf ist über die in Anlage 2 gelisteten Indikationen abgebildet.“ Damit wollen die Autoren nicht weniger, als die Verordnung außerhalb des Regelfalls ersetzen.

Und damit Ärzte wirklich weniger Heilmittel verschreiben, soll in Zukunft einer Heilmittelverordnung eine „Prüfung der Therapiealternativen“ nach den Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebots zwingend vorgelagert werden. Ärzte müssen dann vor einer Heilmittelverordnung folgende Punkte prüfen: „keine Behandlungsnotwendigkeit, medikamentöse Therapie, Gesprächstherapie, operative Therapie“. Bei Schmerzzuständen soll Heilmitteltherapie nur verordnet werden dürfen, wenn „zumindest eine analgetisch-medikamentöse Behandlung vorausgegangen“ ist.

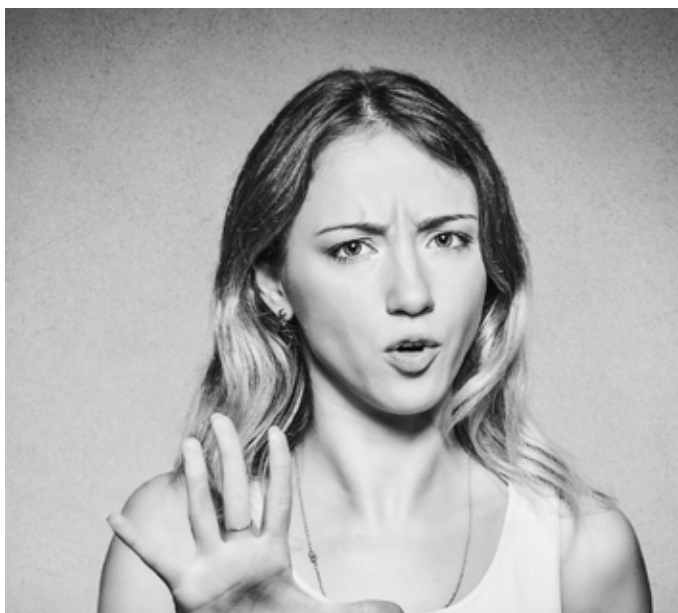
Gelöst wird mit dem Wegfall der Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf jeden Fall das Regressrisiko der Ärzte (wieder Kritikpunkt 2). Durch den neuen Nachweis einer Prüfung von Therapiealternativen vor einer Heilmittelverordnung wird den Ärzten allerdings neue Bürokratie von erheblichem Umfang zugemutet (gegen Kritikpunkt 1).

### Lösung D

will neue prospektive Behandlungsverläufe einführen und die Mengenregulierung durch den Regelfall streichen

In der Begründung für diesen „Lösungsansatz“ wird praktisch nur noch über die Wirtschaftlichkeitsthematik geschrieben. Das Thema Mengenregulierung wird erneut aufgenommen (s.o.) und erneut undifferenziert durcheinandergewirbelt. Faktisch soll der Regelfall einfach abgeschafft werden und damit auch die Möglichkeit „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ ausstellen zu können.

Gelöst wird mit dieser Änderung erneut die Wirtschaftlichkeitsproblematik der Ärzte. In diesem Fall eindeutig auf Kosten der Patienten, deren Leistungsanspruch über den Heilmittel-Katalog mit dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalls deutlich eingeschränkt wird. Patienten, die das Pech haben, eine Krankheit mit Heilmittelbedarf zu haben, die nicht auf der Liste der Indikationen mit langfristigen Heilmittelbedarf steht, müssen dann vermutlich einen Antrag stellen, um an die dringend notwendige Therapie zu kommen. Das ist eine schlechte Lösung für Patienten.



## Das Evidenz-Dilemma des Heilmittel-Katalogs

**Jetzt ist das leidige Evidenz-Thema also wieder auf dem Tisch. Das Konzeptpapier der KBV stellt die Evidenz von zumindest Teilen des Heilmittel-Katalogs in Frage. Doch wer muss sich eigentlich um Evidenz für die Wirksamkeit von Heilmitteln kümmern? Ist das eine Bringschuld der Heilmittelerbringer oder hätte die Forschung dazu nicht gerade von Kassenärzten, Krankenkassen und G-BA vorangetrieben werden müssen?**

Bei der Frage nach der Evidenz von Heilmitteltherapie gemäß HeilM-Katalog bleiben viele Fragezeichen. Denn faktisch gibt es kaum Untersuchungen dazu, ob die Systematik, die angesetzten Mengen im Regelfall, die Methoden und die Zuordnung der Methoden zu den jeweiligen Diagnosengruppen irgendeinen Sinn ergeben.

### Geplante Begleitforschung nie angelaufen

Wenn jetzt die KBV in ihrem Konzeptpapier die Frage nach der Evidenz eines 15 Jahre alten Heilmittel-Katalogs stellt, dann wird es dünn bei den Antworten. Wer aber glaubt, fehlende Antworten bedeuten keine Evidenz, der irrt. Fragen nach der Evidenz müssten die Autoren des HeilM-Katalogs beantworten. So war das 2001 – bei der Einführung der HeilM-RL – ursprünglich vorgesehen. Man wollte damals eine Begleitforschung starten, um

zu untersuchen, ob das System zu besseren Behandlungsergebnisse führen würde. Dummerweise hat es diese Begleitforschung nie gegeben. Stattdessen wurde immer wieder mal eine Reform der HeilM-RL gestartet, deren Motivation die finanziellen Interessen der Kassen oder der Ärzte waren. Evidenz brauchte dazu niemand.

### Für Forschung fehlt das Geld

Das Problem mit der Evidenz ist rein monetär: Niemand will Therapieforschung finanzieren. Die Pharmaindustrie investiert rund 15 Prozent der Medikamentenpreise in Forschung, bekommt diese also von der GKV finanziert. Ärzte können neue OP-Methoden und Verfahren an staatlichen Universitätskliniken erproben, bezahlt vom Staat und durch die Krankenhausfinanzierung der GKV. Doch für Therapieforschung will niemand Geld in die Hand nehmen: Die immer noch knappen Honorare der Heilmittelerbringer lassen eine Forschungsfinanzierung durch die Therapeuten selbst nicht zu. Staatliche Hochschulen sind bei der Therapeutenausbildung Mangelware, geforscht wird an den privaten Hochschulen, so gut das eben ohne Budget geht.

Wenn jetzt eine erneute Reform des HeilM-Katalogs wiederum mit fehlender Evidenz begründet wird, dann müssen sich KBV und andere Protagonisten einer solchen Reform die Frage stellen lassen, wie denn bitte jemals die Evidenz des HeilM-Katalogs nachgewiesen werden soll, wenn immer wieder reformiert wird, bevor irgendjemand auch nur die kleinste Untersuchung vorgenommen hat.

### Daten sind vorhanden

Dass es auch anders geht, hat die BARMER in ihren Heilmittelberichten eine Zeit lang gut vorgeführt. Denn schon anhand der Auswertung von Routinedaten findet sich eine Menge an Informationen, die wissenschaftlich verlässliche Aussagen über die Sinnhaftigkeit des Heilmittel-Katalogs zulassen würden. Diese Routinedaten liegen bei den Kassen, dem Wissenschaftlichen Institut der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Abrechnungsdaten der KVen vor. Warum werden diese Daten nicht erst ausgewertet, bevor die KBV eine erneute Reform der HeilM-Richtlinie fordert? ■

[bu]





„Eine formale Einbeziehung der Heilmittelerbringer vor dem Stellungnahmeverfahren ist nicht vorgesehen“

## Fragen von **unternehmen praxis** an Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA

Stand: 20. Oktober 2017

### 1. Formale Hintergründe:

#### a. Warum dieser Beschluss? Was ist der Auslöser für solch einen Beschluss? Was ist die Grundlage für einen solchen Beschluss?

Der G-BA hat am 21. September 2017 die Einleitung eines Beratungsverfahrens zur Überarbeitung des Heilmittel-Kataloges beschlossen. Ziel ist es, die derzeitigen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie – und hierbei insbesondere des Heilmittel-Kataloges – hinsichtlich der Praktikabilität und Gewährleistung der Versorgungsqualität zu überprüfen und anzupassen, sofern dies sinnvoll ist. Durch die Überarbeitung soll beispielsweise vermieden werden, dass es zu unterschiedlichen Auslegungen der Richtlinienbestimmungen durch Ärzte, Heilmittelerbringer, Patienten und Krankenkassen kommt. Ausdrücklich nicht vorgesehen ist, dass der Anwendungsbereich einzelner Heilmittel ausgeweitet oder eingeschränkt wird. Rechtliche Grundlage für den gefassten Beschluss ist das 1. Kapitel § 5 Verfahrensordnung des G-BA i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

#### b. Wer kann so einen Beschluss initiieren?

Die Aufnahme eines Beratungsthemas kann direkt aus der Versorgung an den G-BA herangetragen werden. Die Unterausschüsse des G-BA sollen Beratungen zudem auch von sich aus erneut aufnehmen, wenn sie feststellen, dass die getroffenen Regelungen nicht mehr dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen oder sie sich aus sonstigen Gründen negativ auf die Versorgung auswirken. Am häufigsten erfolgt die Einleitung eines Beratungsverfahrens jedoch aufgrund des Antrages einer Trägerorganisation des G-BA, der unparteiischen Mitglieder oder der Patientenvertretung.

#### c. Welche Einflussmöglichkeiten haben die Heilmittelerbringer bis zum Beginn des Stellungnahmeverfahrens?

Die in ein Beratungsverfahren des G-BA einzubeziehenden Akteure ergeben sich direkt aus den gesetzlichen Grundlagen im SGB V. Diese sehen eine formale Einbeziehung der Heilmittelerbringer vor dem Stellungnahmeverfahren nicht vor. Der Grund hierfür liegt nicht zuletzt in der bei Heilmitteln – wie bei allen anderen veranlassten Leistungen – bestehenden Verantwortung des Vertragsarztes bzw. der Vertragsärztin für die Verordnung. Ungeachtet dessen ermöglicht die vorgesehene Einbeziehung der Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in das Stellungnahmeverfahren dem G-BA, den Beschlussentwurf abschließend auf seine Zweckmäßigkeit, inhaltliche Richtigkeit und Praktikabilität zu überprüfen.

#### 2. Es kursiert ein Konzeptpapier der KBV im Internet, das scheinbar die Grundlage für den jüngsten Beschluss des G-BA zur Überprüfung der Heilm-RL ist. Inwieweit spielen solche Konzeptpapiere eine Rolle im Verfahren?

Konzeptpapiere können erste Orientierungspunkte für ein Beratungsverfahren bieten. Da sie jedoch zunächst allein die Interessen der von ihren Verfassern vertretenen Organisationen wiedergeben, entfalten sie keinerlei Bindungswirkung für den Umfang oder gar das Ergebnis des Beratungsverfahrens des G-BA. Bindend für deren Inhalt ist allein der Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens. Auch dieser steckt jedoch nur den äußeren Beratungsrahmen ab. Ob und in welchem Umfang nach Abschluss der Beratungen tatsächlich Richtlinienänderungen erfolgen, hängt nicht von Konzeptpapieren einzelner Beratungsbeteiligter, sondern davon ab, inwieweit – nach Möglichkeit im Konsens – ein mit den rechtlichen Vorgaben vereinbar Beschluss von den an den Beratungen im G-BA beteiligten Organisationen getroffen werden kann.

# „Die Heilmittelerbringer von der Beratung auszuschließen, ist ein Fehler im System“

Interview mit Dr. Roy Kühne zur geplanten Reform der Heilmittel-Richtlinie



Dr. Roy Kühne ist Physiotherapeut und seit 2013 Mitglied im Deutschen Bundestag. Als Vertreter der CDU/CSU-Fraktion war er während der vergangenen Legislaturperiode Mitglied im Ausschuss Gesundheit. **up** hat ihn nach seiner Meinung zur geplanten Reform der Heilmittel-Richtlinie gefragt.

Herr Kühne, der G-BA hat im September beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie und den Heilmittel-Katalog erneut zu überarbeiten.

Halten Sie das für sinnvoll?

KÜHNE | Grundsätzlich halte ich eine Reform der Heilmittel-Richtlinie für eine sehr gute Idee. Da gibt es eine Vielzahl von Punkten, die sich verbessern lassen. Allerdings darf eine solche Überarbeitung nicht simpel auf Annahmen beruhen, wie sie im Konzeptpapier der KBV auftauchen. Einmal mehr möchte ich betonen, für wie wichtig ich eine rechtzeitige Einbindung der Heilmittelerbringer von Anfang an halte.

Aber die Heilmittelerbringer kommen erst am Ende im sogenannten Stellungsverfahren zu Wort.

Wie finden Sie diese Vorgehensweise?

KÜHNE | Die Heilmittelerbringer mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen aus der Praxis von der Beratung auszuschließen, ist meiner Ansicht nach ein Fehler im System. Es ist zu spät, sie erst anzuhören, wenn der Beschlussentwurf bereits verfasst wurde. Im Stellungsverfahren können sie dann nur noch wenig inhaltlich Einfluss nehmen.

Bei der Reform der Heilmittel-Richtlinie soll auch die fehlende Evidenz ein Thema sein. Was sagen Sie zu diesem Vorwurf?

KÜHNE | Es stimmt. Es gibt viel zu wenige wissenschaftliche Untersuchungen und Belege dafür, welche Heilmittelbehandlung in welchem Umfang bei welchem Krankheitsbild am besten hilft. Hier müsste deutlich mehr Forschung betrieben werden. Doch dieses Problem besteht bereits seit Einführung der Heilmittel-Richtlinie. Seither wurde sie zwar immer wieder verändert, das Problem der fehlenden Evidenz aber nicht angefasst.

Noch ein ganz wichtiger Punkt: Das Fehlen der Evidenz liegt nicht daran, dass sich die Wirksamkeit von Heilmitteln nicht nachweisen ließe. Denn dass sie wirken, sehen wir jeden Tag in der Praxis. Vielmehr fehlt das Geld für die nötige Forschung. Daran wird aber auch diese Reform der Heilmittel-Richtlinie nichts ändern.

# Rahmenvertrag zum Thema Entlassmanagement in Kraft getreten



**Schon seit über einem Jahr ist die Änderung der Heilmittel-Richtlinie zum Thema Entlassmanagement rechtskräftig. Die Umsetzung dieser Regelung scheiterte bislang jedoch an einem fehlenden Rahmenvertrag zwischen Krankenhäusern und GKV-Spitzenverband. Seit dem 1.10.2017 ist dieser nun wirksam.**

Für die Patienten soll der voraussichtliche Bedarf für die Anschlussversorgung nach einer Krankenhausbehandlung anhand schriftlicher Standards durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus festgestellt werden. Ebenso sollen die notwendigen Anschlussmaßnahmen frühzeitig eingeleitet und die weiterbehandelnde Einrichtung rechtzeitig informiert werden.

Bestandteil des Entlassmanagements ist nach Prüfung des Erfordernisses auch die Verordnung von Heilmitteln durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung. Das sichert die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen. Bei solchen Verordnungen gelten die normalen Regeln gem. § 13 Abs. 2 HeilM-RL, sowie ergänzende Regeln zum Entlassmanagement gem. § 16a HeilM-RL:

- ▶ Eine Krankenhaus-Heilmittel-Verordnung darf für den Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach der Entlassung ausgestellt werden.
- ▶ Die Verordnungsmenge hängt von der Behandlungsfrequenz ab und darf die Frist von sieben Kalendertagen nicht überschreiten.
- ▶ Die Behandlung muss innerhalb von sieben Kalendertagen begonnen werden, sonst verfällt die Verordnung.
- ▶ Die Verordnung muss innerhalb von zwölf Tagen nach Entlassung abgeschlossen sein. Darüberhinausgehende Behandlungseinheiten verfallen.
- ▶ Vorausgehende Verordnungen sind dabei formal nicht zu berücksichtigen.
- ▶ Auf der Verordnung ist das Ausstellungsdatum immer auch das Entlassdatum.

Verordnungsvordrucke aus dem Krankenhaus sollen quer durch das Personalienfeld den Schriftzug „Entlassmanagement“ tragen (von links unten nach rechts oben). Das soll nach Angaben der

Deutschen Krankenhausgesellschaft durch die Verordnungssoftware der Krankenhäuser sichergestellt werden.

Noch haben nicht alle Krankenhausärzte eine eigene Arztnummer. Deswegen wird auf der Verordnung bis auf Weiteres eine sogenannte Pseudoarztnummer angegeben, bei der die ersten sieben Stellen jeweils mit einer vier besetzt sind. ■ [bu]

## Kommentar

### Zu enge Fristen

Ein Kommentar von Ralf Buchner

Wir haben zu diesem Thema bereits ausführlich berichtet und kommentiert. Durch die Einigung auf den Rahmenvertrag zwischen Krankenhäusern und GKV hat sich nichts an unserer Einschätzung geändert, dass die vorgegebenen Regeln nicht zu einer Verbesserung der Patienten mit Heilmitteltherapie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt führen werden.

Praxisinhaber müssen beim Thema Entlassmanagement besonders auf die Fristen achten. Noch ist nicht klar, wie exakt sich die Krankenkassen an diese unrealistischen Vorgaben halten werden. Im Zweifel erfolgt mit dem Hinweis auf diese Fristenregelung eine Ablehnung.

Wir berichteten bereits im Januar 2016 (<http://bit.ly/2byWzej>) und August 2016 (<http://bit.ly/zirtQQK>) ausführlich darüber.

**Den konkreten Abrechnungstipp zu diesem Thema finden Sie ab Seite 24.**

# Gute Nachrichten für Therapeuten

Wer die Gesundheitspolitik kennt, der weiß wie er seine Praxis steuern muss!



Jeden Monat gute Nachrichten für Therapeuten: **up** liefert alle Informationen, die Praxisinhaber brauchen. Klar auf Ergebnisse fokussiert, unabhängig und aktuell bietet **up** konkrete Tipps für den Praxisalltag. Fundierte Recherche, eine exzellente Vernetzung mit allen Akteuren der Gesundheitspolitik und der Heilmittelbranche sind dafür die Voraussetzung. Das lohnt sich für jede Heilmittelpraxis: zwölfmal im Jahr gute Nachrichten und gute Ideen frei Haus für 12 Euro/Monat.

Für jedes abgeschlossene Abo bis 30.11.2017 ein Jahreskalender als Dankeschön!  
Mehr Informationen:  
[www.buchner-shop.de](http://www.buchner-shop.de)



Jetzt abonnieren  
unter [www.up-aktuell.de/up-abo](http://www.up-aktuell.de/up-abo)

**up-unternehmen praxis** Wirtschaftsmagazin für erfolgreiche Therapiepraxen

# Abrechnungstipp

## Entlassmanagement



Seit 1. Oktober 2017 gilt nun das Entlassmanagement. Krankenhausärzte haben seitdem die Möglichkeit, ihren Patienten ambulante Heilmitteltherapie im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu verordnen. Doch wie sehen solche Verordnungen aus dem Krankenhaus aus? Gibt es jetzt neue Regeln für das Ausstellen dieser Verordnungen? Dieser Abrechnungstipp gibt einen Überblick.

Die Idee hinter dem Entlassmanagement klingt zunächst einmal gut: Krankenhäuser sollen Patienten eine lückenlose Versorgung nach dem Klinikaufenthalt ermöglichen können. Die Regularien und Vorgaben, die damit einhergehen, sind allerdings in deutschen Therapiepraxen kaum in den Arbeitsalltag zu integrieren.

### Grundregeln:

Die grundlegenden Regelungen für das Entlassmanagement stehen im neuen Paragrafen 16a der Heilmittel-Richtlinie sowie im Rahmenvertrag Entlassmanagement. Natürlich gelten neben diesen neuen Regeln auch die übrigen Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie.

### Ausstellen:

Das Krankenhaus kann im Rahmen des Entlassmanagements fortan Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs verordnen. Genauer gesagt dürfen Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung und auch Ärzte aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation diese Verordnungen ausstellen. Welcher Krankenhausarzt das Rezept nun unterschrieben hat, ist aber eine Formalie, die für Sie als Praxisinhaber keine Relevanz hat.

Den Vorgaben nach müssen die Krankenhausärzte Verordnungsmenge und Behandlungsfrequenz dabei so ansetzen, dass die Verordnung innerhalb von sieben Tagen, nachdem sie sie ausgestellt haben, abgearbeitet werden kann.

**Beispiel 1:** Der Arzt verordnet fünfmal Physiotherapie mit einer Frequenz von drei pro Woche. Um diese Verordnung abzuarbeiten, würde es mindestens zwei Wochen brauchen. Sie wäre so also ungültig.

**Beispiel 2:** Verordnet der Arzt fünf Behandlungseinheiten mit einer Frequenz von fünf pro Woche, kann die Behandlung innerhalb von sieben Tagen abgearbeitet werden – wäre also gültig.

### Verordnung abarbeiten:

So die Regeln für das Ausstellen der Verordnung. Das bedeutet aber nicht, dass die Verordnung auch wirklich innerhalb von sieben Tagen abgearbeitet sein muss. Dafür hat der neue Paragraf der Heilmittel-Richtlinie wieder eigene Regeln. Denen zufolge muss die verordnete Therapie innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sonst verliert sie ihre Gültigkeit. Beendet sein muss sie dann zwölf Kalendertage





nach der Entlassung. Damit sich das überprüfen lässt, muss auf den Krankenhaus-Verordnungen im Feld „Datum“ auch immer das Entlassdatum angegeben sein.

#### Kennzeichnung:

Therapeuten können Verordnungen des Entlassmanagement direkt daran erkennen, dass quer über dem Personalienfeld (siehe Abbildung) der Aufdruck „Entlassmanagement“ prangt. Anstelle der Arztnummer ist auf den Rezepten bis auf weiteres eine sogenannte Pseudoarztnummer angegeben, bei der die ersten sieben Stellen jeweils mit einer Vier besetzt sind und die letzten beiden Stellen dem jeweiligen Fachgruppencode entsprechen. Das liegt schlicht daran, dass noch nicht alle Krankenhausärzte eine eigene Arztnummer haben.

#### Kontaktaufnahme:

Um die Patienten bei der Weiterversorgung zu unterstützen, soll das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zu den weiterbehandelnden Leistungserbringern aufnehmen und die Überleitung des Patienten anbahnen. Wie diese Kontaktaufnahme konkret ausgestaltet wird, zeigt sich vermutlich erst in den nächsten Monaten.

#### Weitere Heilmittelversorgung:

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements wirken sich nicht auf die weitere ambulante Versorgung mit Heilmitteln aus. Der niedergelassene Arzt, der die Behandlung des Patienten übernimmt, kann ganz normal mit einer Erstverordnung starten. Die im Entlassmanagement verordneten Behandlungseinheiten werden für diesen neuen Regelfall nicht berücksichtigt. Therapiepraxen können also unter Umständen zwei Erstverordnungen zur gleichen Diagnosen hintereinander erhalten – eine aus dem Krankenhaus und eine vom weiterbehandelnden Arzt.

#### Was tun bei ungültig ausgestellten Verordnungen?

Verordnungen aus dem Krankenhaus nachträglich zu korrigieren, könnte schwierig werden – schließlich müssten Therapeuten erst einmal den Arzt erreichen, der sie ausgestellt hat. Wir haben ein paar Tipps für Sie zusammengestellt:

- ▶ Nutzen Sie die Möglichkeiten zur Korrektur durch die Therapiepraxis, die die Heilmittel-Richtlinie vorsieht. Auf diese Weise können Sie beispielsweise selbstständig die Frequenz anpassen.
- ▶ Nutzen Sie die auch Korrekturmöglichkeiten durch die Therapiepraxis, die ihre jeweils gültigen Rahmenverträge vorsehen.

- ▶ **Beginnen Sie nur mit der Behandlung von Patienten, wenn deren Verordnung vollständig und gültig ausgefüllt ist.** Nachträgliche Änderungen kurz vor der Abrechnung werden vermutlich noch komplizierter als in der Zusammenarbeit mit ambulant niedergelassenen Ärzten, da Krankenhausärzte durch ihre Schichtdienste schwerer greifbar sind.
- ▶ **Lehnen Sie im Zweifelsfall die Behandlung eines Patienten mit der Begründung ab, dass Sie ihm in dem eng gesetzten Zeitrahmen keinen Termin mehr anbieten können.**
- ▶ **Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiter: Sie sollten beim Umgang mit dieser Art von Verordnungen sehr aufmerksam vorgehen und sich im Zweifelsfall mit Ihnen besprechen.**

**Kommunikation mit dem Krankenhaus**

Damit die Kommunikation zwischen Krankenhaus und weiterführenden Leistungserbringern reibungslos ablaufen kann, ist das Krankenhaus verpflichtet, Patienten eine Telefonnummer mitzuteilen, unter der sie ihren zuständigen Ansprechpartner für Rückfragen erreichen können, und zwar montags bis freitags zwischen 9:00 und 19:00 Uhr und am Wochenende von 10:00 bis 14:00 Uhr.

Niedergelassene Ärzte werden diese Rufnummer vermutlich über den Entlassbrief mitgeteilt bekommen. Wie Therapeuten sie erhalten, ist im Rahmenvertrag nicht definiert. Es muss aber auf jeden Fall auch für Sie einen gut erreichbaren Ansprechpartner im Krankenhaus geben, falls Verordnungen falsch ausgestellt wurden. Haben Sie einmal herausgefunden, wen Sie für Rückfragen ansprechen können, notieren Sie sich am besten direkt die Kontaktdaten. Wenn Sie häufiger Patienten aus einem bestimmten Krankenhaus zugewiesen bekommen, bauen Sie sich ein Netzwerk mit den zuständigen Stellen auf, um die Zusammenarbeit zu erleichtern.

**Entlassmanagement als Chance nutzen**

Wer seinen Praxissitz in direkter Nähe zu einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung hat und entsprechend viele Verordnungen aus dem Entlassmanagement erhält, kann das als Geschäftsmodell für seine Praxis nutzen. Wenn Sie eine der wenigen Praxen sind, die die Patienten innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung behandeln können, schaffen Sie sich nicht nur ein Alleinstellungsmerkmal für Ihre Praxis. Sie haben zudem die Chance, Ihren Patientenstamm weiter auszubauen.

Hierfür sind allerdings einige organisatorische und strukturelle Anpassungen notwendig. Beispielsweise könnten Sie einen Tag in der Woche für offene Sprechstunden (wie es sie auch in Arztpraxen gibt) ansetzen. Sie könnten auch gezielt den Plan eines einzelnen Therapeuten für solche spontanen Termine freihalten. Oder Sie planen generell Puffer für genau diese Patientenkontakt ein.

Es kann dann sein, dass Lücken nicht immer geschlossen werden. Im besten Fall könnte das Angebot aber auch so gut angenommen werden und sich herumsprechen, dass Sie sich sogar personell verstärken müssen. Eine Entscheidung für solch ein Geschäftsmodell rentiert sich vermutlich nicht für alle Praxen. Sie sollten es, wie so viele Entscheidungen, im Vorfeld immer gut durchdenken und durchrechnen.

**Achtung:** Für Patienten aus dem Krankenhaus besteht weiterhin die freie Therapeutenwahl. „Vereinbarungen oder Absprachen [...], die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig“, heißt es dazu im Rahmenvertrag Entlassmanagement. ■ [1]

**Quellen:**

Den Rahmenvertrag Entlassmanagement finden Sie unter [www.gkv.de](http://www.gkv.de)  
 -> Krankenversicherung -> Krankenhäuser -> Entlassmanagement  
 Heilmittel-Richtlinie und -Katalog:  
[www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/)

# Versicherungsscheck: **Regelmäßig** die Policen überprüfen!



Erhöht die Versicherung die Beiträge, muss sie das dem Kunden zuvor schriftlich mitteilen. Dadurch genießt der Kunde mit Erhalt des Schreibens ein einmonatiges Sonderkündigungsrecht

Das Jahresende rückt näher – eine gute Gelegenheit, einmal einen kritischen Blick auf die eigenen Versicherungen zu werfen. Denn oft verstauben die Unterlagen seit Jahren in den Regalen. Ein Wechsel kann nicht nur Geld sparen, sondern beschert oftmals auch bessere Bedingungen.

Wer beispielsweise schon lange dieselbe Inhalts- oder Hausratversicherung hat, sollte nicht nur prüfen, ob es attraktivere Angebote gibt, sondern auch, ob die Versicherungsbedingungen noch zeitgemäß sind.

Das betrifft unter anderen die Deckungssummen. Ob nun die private Hausratversicherung oder die Inhaltsversicherung für die Praxis, eine Unterversicherung kann Praxisinhaber teuer zu stehen kommen. Denn liegt der Wert des versicherten Inventars über der in der Versicherung festgelegten Deckungssumme, übernimmt die Versicherung die Kosten im Schadensfall nicht komplett. Dann kommt im Ernstfall das böse Erwachen, denn in vielen Fällen steigt mit den Jahren der Wert der Einrichtung, etwa durch die Anschaffung hochwertigerer Möbel und neuer Geräte.

## Sonderkündigungsrecht nutzen

Die Preise können ebenso sehr unterschiedlich ausfallen, gerade bei Haftpflicht- und Kfz-Versicherungen. Hier

lohnt es sich, Angebote zu vergleichen und im Zweifelsfall den Anbieter zu wechseln. Häufig ist das aufgrund der Vertragslaufzeiten aber nicht so schnell möglich. Eine Ausnahme: Erhöht die Versicherung die Beiträge, muss sie das dem Kunden zuvor schriftlich mitteilen. Dadurch genießt der Kunde mit Erhalt des Schreibens ein einmonatiges Sonderkündigungsrecht – unabhängig vom Ende der Vertragslaufzeit.

Auch wenn sich die Lebensumstände ändern, etwa ein Umzug ansteht oder ein neues Haustier einzieht, lohnt sich ein Blick auf die bestehenden Versicherungen. Auf der Website des Bundes der Versicherten gibt es einige Merkblätter zu den allgemeinen Lebenssituationen, unter [www.bunderversicherten.de](http://www.bunderversicherten.de) -> Mein Versicherungsbedarf -> Allgemeine Lebenssituation. ■ [ks]

**mehr: Einen „Versicherungs-Check“ bietet die Stiftung Warentest unter [www.test.de](http://www.test.de) -> Versicherungen an**

## Nötige und unnötige Versicherungen

Es gibt Versicherungen, die jeder haben sollte, etwa eine Haftpflicht- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Aber es gibt auch eine Reihe von Versicherungen, die unnötig sind. Zum Beispiel hält der Bund der Versicherten Policen gegen Glasbruch, Brillenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Versicherungen gegen häusliche Notfälle, Insassenunfallversicherung, Handyversicherung und Sterbegeldversicherung in den meisten Fällen für unwirtschaftlich und verzichtbar.

# Podologie: Bei Nagelspan- gentherapie Selbstzahler- leistung anbieten

**Das jüngste Beispiel der Nagelspangentherapie zeigt: Nicht jede Behandlung, die Therapeuten erlernen, können sie über das GKV-System abwickeln. In einigen Fällen sind Selbstzahlerleistungen nötig – die Sie den Patienten erst einmal näherbringen müssen.**

Im August richtete sich der Verband Deutscher Podologen (VDP) an seine Mitglieder. Es habe einige Aufregung gegeben, weil die Kassenärztliche Vereinigung Bayern niedergelassene Ärzte darüber informiert hatte, dass eine Verordnung der Orthonyxie- oder Nagelspannen-Behandlung seit 1. Juli 2017 ausgeschlossen sei.

Das ist wenig verwunderlich: Die Nagelspangentherapie steht nicht im Heil- und Hilfsmittelkatalog, also können Ärzte sie ohnehin nicht nach dem üblichen Prozedere verordnen. Dass die Orthonyxiespangentherapie Teil der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Podologen ist, ändert daran leider nichts. Häufig reichen Podologen deswegen Kostenvorschläge ein und einige Kassen erstatten ihren Patienten die Therapie daraufhin als freiwillige Leistung. Seit März 2016 übernimmt die BKK Herford-Minden-Ravensmünde als erste Krankenkasse die Nagelspangentherapie standardmäßig als Zusatzleistung (up berichtet).

## **Erklären Sie Patienten die Problematik**

Zahlt die Kasse eines Patienten nicht, können Podologen das tun, was sich in solchen Fällen meist anbietet: eine Privatleistung anbieten. Entscheidend ist dabei, dass Sie den Patienten das Selbstzahler-Angebot richtig vermitteln. Patienten muss klar werden, dass es nicht an der Podologie-Praxis liegt, dass sie selbst für die Behandlung aufkommen müssen. Es liegt an der Krankenkasse,



die die Kosten nicht übernimmt, obwohl die Nagelspangentherapie aus Ihrer Sicht die medizinisch sinnvollste Behandlung ist.

## **Finden Sie den passenden Privatpreis**

Wichtig ist natürlich auch die Frage nach dem Privatpreis. Preise nach der (nicht verpflichtenden) Gebührenordnung für Therapeuten (GebüTh) berechnen sich etwa aus dem 1,4-fachen, 1,8-fachen oder 2,3-fachen GKV-Satz. Hier sind unterschiedliche Modelle denkbar, viele Praxen wählen aber einfach für all ihre Preise den 1,8-fachen Satz. Sie können sich für den Grundpreis etwa an einer podologischen Nagelbearbeitung mit einem ähnlichen Zeitaufwand orientieren – und sich auch den Patienten gegenüber auf die GebüTh berufen, um Diskussionen über den Preis zu vermeiden. ■

[mk]

**mehr: Wie Sie Privatpreise erfolgreich umsetzen, haben wir im PKV-Abrechnungstipp der Ausgabe up 02-2017 an einem Fallbeispiel erklärt.**

# Volle Umsatzsteuer, wenn Behandlungen aus HeilM-RL ausgeschlossen

**Leistungen von Heilmittelerbringern sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie aufgrund einer Verordnung durch einen Arzt oder Heilpraktiker durchgeführt werden. Für Selbstzahlerleistungen gilt der verminderte Steuersatz von sieben Prozent, sofern sie laut Heilmittelkatalog verordnungsfähig sind. Alle weiteren Leistungen sind mit 19 Prozent zu besteuern.**

Nach Umsatzsteuergesetz (§ 4 Nr. 14 UStG) gilt die Steuerbefreiung nur für Heilbehandlungsleistungen, also Maßnahmen mit therapeutischem Ziel, für die eine Verordnung vorliegt, oder wenn die Leistung im Rahmen von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen abgegeben wird.

Laut eines Urteils des Bundesfinanzhofs vom 1. Oktober 2014 muss nicht zwingend eine Verordnung den therapeutischen Zweck einer Leistung nachweisen, das könne grundsätzlich auch durch andere Unterlagen erfolgen. Deren Aussagekraft muss jedoch mit der einer Verordnung vergleichbar sein und von Personen stammen, die dazu befähigt sind, einen therapeutischen Zweck festzustellen – was schwierig umzusetzen ist. Ohne entsprechende Nachweise sind (Folge-)Behandlungen umsatzsteuerpflichtig.

## 7 Prozent Umsatzsteuer nur für verordnungsfähige Leistungen

Nach einer Entscheidung des Bundesfinanzministeriums gilt der ermäßigte Steuersatz von sieben Prozent seit Juli 2015 nur noch für Selbstzahlerleistungen, die nach dem Heilmittelkatalog verordnungsfähig sind. Angebote, die in der Anlage der Heilmittelrichtlinie unter Buchstabe a. fallen, sind mit 19 Prozent zu besteuern. Dazu gehören unter anderem die Hippotherapie, die Musik- und Tanztherapie und die Fußreflexzonenmassage. Maßnahmen zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, also reine Wellnessleistungen (Heilmittelrichtlinie unter Buchstabe c.), sind ebenfalls mit 19 Prozent umsatzsteuerpflichtig. Dazu gehören unter anderem Massagen des ganzen Körpers, Gerät- und Unterwassermassagen sowie Maßnahmen, die der Veränderung der Körperform (zum Beispiel Bodybuilding) oder dem Fitness-Training dienen.

## Von Kleinunternehmer-Regelung profitieren

Praxisinhaber, die neben umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen auch umsatzsteuerpflichtige Selbstzahlerleistungen anbieten, können von der Kleinunternehmer-Regelung profitieren. Um als Kleinunternehmer zu gelten, darf der Vorjahresumsatz eines Unternehmers mit entsprechenden Behandlungen nicht höher gewesen sein als 17.500 Euro. Im laufenden Jahr dürfen die umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen 50.000 Euro nicht überschreiten.

Sind die Voraussetzungen für den Status als Kleinunternehmer gegeben, muss eine Praxis keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abführen. Rechnungen können mit dem Hinweis „Gemäß § 19 UStG wird keine Umsatzsteuer erhoben“ versehen werden – in dem erwähnten Paragraphen ist die Kleinunternehmer-Regelung gesetzlich festgelegt. ■

[ks]



# „Es braucht mehr Ärzte, die sich mit Lymphologie auskennen“

Interview mit Prof. Dr. med. Etelka Földi



Prof. Dr. med. Etelka Földi ist Leiterin der Földiklinik im Schwarzwald, die sich auf die Behandlung von Patienten mit Lymphödemem spezialisiert hat – und eine der Autorinnen der neuen S2-Leitlinie zu Lymphödemem. Im Interview erklärt die Internistin, wie sich die Lymphtherapie durch Physiotherapeuten in Zukunft ändern könnte und wie Ärzte sie heute leitliniengerecht verordnen können.

## Was ist eine Leitlinie eigentlich?

FÖLDI | Eine Leitlinie ist eine Empfehlung für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, die sich an Ärzte und Therapeuten richtet. Es gibt verschiedene Stufen: S1-Leitlinien basieren nur auf Erfahrung. S2 beinhaltet Literaturlauswertungen bezüglich Wirksamkeit, Sinn und Diagnostik. S3 ist die höchste Stufe, bei der es auch signifikante Ergebnisse gibt, an denen nicht zu rütteln ist. Auch S3-Leitlinien bleiben aber immer auf dem Niveau von Empfehlungen, ein Individuum kann im Einzelfall immer anders entscheiden.

## Wo steht in all dem die im Mai veröffentlichte neue Lymphödem-Leitlinie?

FÖLDI | Die Lymphödem-Leitlinie ist eine S2-Leitlinie. Es gibt seit Jahrhunderten Literatur zum Lymphö-

dem, aber es fehlen noch belastbare Studien mit Kontrollgruppen. In der Tat ist die Lymphologie vor allem aus der Erfahrungsmedizin entstanden.

## Was hat sich geändert im Vergleich zur letzten Fassung?

FÖLDI | Kritisch betrachtet hat sich inhaltlich im Vergleich zur alten S1-Leitlinie nicht viel geändert. Die neue S2-Leitlinie ist ein erster Schritt dahin, die Diagnostik und Therapie mehr auf ein naturwissenschaftliches Fundament zu stellen. Dieses Unterfangen werden wir auch fortsetzen, wenn wir die Empfehlungen zu einer S3-Leitlinie weiterentwickeln.

## Was sind Ihre Pläne für die nächste, die S3-Leitlinie?

FÖLDI | Wir möchten zum Beispiel von dem Begriff der MLD, der Manuellen Lymphdrainage, weg-

kommen. Es ist viel korrekter, über die „manuelle Behandlung des Lymphödems“ zu sprechen, zu der auch mehr gehören sollte als nur die Lymphdrainage. Eine Position im Heilmittel-Katalog für die KPE, die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie wäre auf lange Sicht sicherlich wünschenswert.

**In der Leitlinie empfehlen Sie auch bereits die KPE und sprechen sich gegen isolierte Maßnahmen wie eine reine MLD aus. Der Heilmittel-Katalog bildet die KPE aber derzeit nicht ab – können Therapeuten ihre Patienten mit Lymphödem überhaupt leitliniengerecht versorgen?**

FÖLDI | Die Therapeuten können die von uns empfohlene KPE als Einheit nicht abrechnen, das ist richtig. Aber: Wenn der Arzt die notwendigen Angaben auf dem Rezept macht, ist ein leitliniengerechte Versorgung möglich. Die Verordnung muss die Diagnose Lymphödem enthalten, inklusive Schweregrad, ob es um Prävention oder Behandlung geht, ob eine Behandlung der Phase 1 oder Phase 2 stattfinden soll. Beginnen wir die Behandlung etwa in Stadium 3 des Lymphödems, dann benötigen wir die Phase 1 der Behandlung: intensive ambulante oder stationäre Therapie, tägliche Behandlungen, Unterricht der Patienten zur Selbstbehandlung. Die etwas weniger intensive Phase 2 greift in früheren Stadien oder nach einem guten Verlauf. Hier liegt es am Arzt, wie er MLD und Kompression dosiert.

In beiden Phasen kann ein Rezept die Lymphdrainage als Dauertherapie festhalten, zusammen mit den lymphologischen Kompressionsbandagen – und zusätzlich eine notwendige Krankengymnastik verschreiben. Die Krankengymnastik ist keine Dauertherapie, hier sollten Physiotherapeuten die Patienten schulen, Übungen selbst durchzuführen und die Bandagen alleine anzulegen.

**Aber verordnen Ärzte Ihrer Erfahrung nach auch diese Kombination aus MLD, Bandagen und Krankengymnastik?**

FÖLDI | Ich habe jetzt seit 1979 eine kassenärztliche Praxis und meine Mitarbeiter und ich haben einen guten Überblick über das Ordnungsverhalten bekommen. Es gibt tatsächliche Unterschiede zwischen Nord- und Süddeutschland, was zum Teil historisch bedingt ist, unter anderem durch die im Süden höhere Zahl der lymphologischen Fachkliniken. Südlich von Frankfurt verordnen die Ärzte in der Regel richtig, einige schicken die Patienten zuvor auch zur Beratung zu uns, wenn sie fachärztliche Unterstützung wünschen. Viele Ärzte haben aber nach wie vor Angst vor Regressen. Ich kann nur sagen: Sie brauchen keine Angst zu haben, solange die Diagnose stimmt.

Der Verlauf und der Therapiebedarf beim Lymphödem hängen auch von eventuell vorliegenden Erkrankungen ab, die ein Ödem aggravieren können, unter anderem Zuckerkrankheit, Störungen der Schilddrüse und orthopädische Probleme. Im Kontext der Ursachen müssen Ärzte auf dem Rezept begründen, warum sie etwa in Phase 2 der Behandlung nicht einmal, sondern dreimal pro Woche eine Lymphdrainage für sinnvoll halten. Wenn so in einigen Zeilen an den Kostenträger festgehalten ist, warum sich die Verordnung außerhalb des Regelfalls bewegt, besteht auch keine große Regressgefahr.

**Müsste sich Ihres Erachtens etwas an den Rahmenbedingungen ändern, um die Versorgung mit Lymphdrainage und Kompression zu verbessern?**

FÖLDI | Die medizinischen Dienste der Krankenkassen, die Verordnungen außerhalb des Regelfalls



medizinisch prüfen, sollten geschult werden, damit sie einsehen, wie hoch der Bedarf an den Therapiemaßnahmen ist. Auch die Ärzteschaft sollte mehr Informationen zu Diagnostik und Therapie bekommen, insbesondere weil oft eine Übergewichtigkeit mit Lymphödem verwechselt wird, was für alle Beteiligten problematisch ist.

Es braucht generell mehr Ärzte, die sich mit Lymphologie auskennen, die eine bestimmte Anzahl von Patienten pro Jahr behandeln – gefragt sind vor allem Dermatologen, Venen-Spezialisten, Onkologen, Internisten und Frauenärzte. Diese Erfahrung ist auch wichtig, weil eine KPE auch kontraindiziert sein kann, was Ärzten bei Diagnose und Verordnung immer klar sein muss.

**Halten Sie eine engere Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeuten und Ärzten bezüglich der richtigen Verordnung bei Lymphödemen für sinnvoll?**

FÖLDI | Ja. Physiotherapeuten spielen ohnehin eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Lymphologie. Es gab lange nur wenige erfahrene Ärzte, die sich mit der Therapie von Lymphödem auskannten und Verordnungen stellten. Durch die Verbreitung der Lymphdrainage in der Physiotherapie wurde das Thema präsent, was auch eine Rückwirkung auf die niedergelassenen Ärzte hatte. Dass viel mehr Physiotherapeuten darin tätig sind als in anderen Ländern, auch in den USA, ist einer der Gründe dafür, dass Deutschland heute führend auf diesem Gebiet ist. Das Prinzip der KPE streut von hier aus in die ganze Welt hinein. ■[mk]

## Therapeuten ganz weit vorne Lymph-Kampagne zum Deutschen Preis für Onlinekommunikation 2017 nominiert



Jedes Jahr werden die besten Projekte und Kampagnen digitaler Kommunikation mit dem Deutschen Preis für Onlinekommunikation ausgezeichnet. Die Lymph-Kampagne, die **up** maßgeblich mitgetragen hat, wurde unter mehr als 800 Bewerbungen für die Schlussrunde nominiert.

Die Lymph-Kampagne wurde für die der Kategorie „Corporate Responsibility“ nominiert, in der es darum geht, welche Kampagne über unterschiedliche Wege eine signifikante Anzahl an Verbrauchern erreicht und diese mit wichtigen Informationen versorgt sowie mobilisiert hat. Gewinner in dieser Kategorie wurde „Sympatex Technologies“.

Der Deutsche Preis für Onlinekommunikation wird seit 2011 jährlich vom Magazin **pressesprecher** veranstaltet, um herausragende Projekte, professionelle Kampagnenplanung und zukunftsweisende Strategien digitaler Kommunikation auszuzeichnen. Über 50 Jurymitglieder aus Unternehmenskommunikation, Wissenschaft und Forschung und Online-PR nominieren die Finalisten und wählen am Tag der Preisverleihung die Sieger. ■

[bu]



## Nur noch wenige Krankenkassen bestehen auf dem Genehmigungsverfahren

Hier die aktuelle Liste der Krankenkassen, die bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf dem Genehmigungsverfahren bestehen mit einer Spalte für ärztliche und einer Spalte für zahnärztliche VO a. d. R. Bei der Angabe „Rückmeldung offen“ haben sich die betreffenden Kassen noch nicht geäußert, das bedeutet, ein Genehmigungsverfahren muss durchgeführt werden. Unter dem Namen der Krankenkassen findet sich die Faxnummer bei der man eine Genehmigung beantragen kann. Krankenkassen müssen Anträge per Fax akzeptieren.

Name der Krankenkasse Faxnummer	Genehmigungsverfahren nach § 8 (4) Heilmittel-Richtlinie Ärzte	Genehmigungsverfahren nach § 7 (4) Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
AOK Bremen / Bremerhaven 0421 – 176 19 19 91	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
AOK Hessen 069 – 850 91 79 20	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, LY2, LY3, AT3, EX4; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	
AOK Nordost 0800 - 265 09 00	Genehmigungsverzicht bei Physiotherapie (außer KG-Gerät, KG-ZNS-Bobath und KG-Muko, KG-Bewegungsbad, D1); Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie (außer Gruppenbehandlungen)	
AOK Rheinland/Hamburg 0211 – 879 11 12 5	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, AT3, EX4, LY2 und LY3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für Physiotherapie Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie
AOK Sachsen-Anhalt 0391 – 287 84 78 78	Genehmigungsverfahren unter <a href="http://bit.ly/2vXxK8u">bit.ly/2vXxK8u</a> abrufbar	
BKK evm 0261 – 402 71 82 2	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Rückmeldung offen
BKK firmus 0421 – 643 44 51	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Rückmeldung offen
BKK GRILLO-WERKE AG 07431 – 10 20 19	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
BKK Pfalz 0621 – 685 59 55 9		Rückmeldung offen
BKK Rieker.Ricosta.Weisser 07461 – 966 46 48		Rückmeldung offen
BKK Wirtschaft und Finanzen 0234 – 479 19 99	keine Angabe	keine Angabe
BMW BKK 08731 – 762 99 55		Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
DAK Gesundheit 0421 – 427 085 70 30	Genehmigungsverfahren für Physiotherapieverordnungen von Ärzten der KV Bremen bei Versicherten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr, Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für alle übrigen Sachverhalte	
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE 0212 – 226 24 11		Rückmeldung offen
energie-BKK 0511 – 911 10 29 9		Rückmeldung offen
Hanseatische Krankenkasse 040 – 656 96 12 37		Rückmeldung offen
IKK gesund plus 0391 - 280 66 83 9	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie EX4, ZN1, ZN2, LY2, LY3, AT3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie ZNZ2, LYZ2; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte
IKK Nord 04331 – 34 57 08	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie, Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie, Genehmigungsverfahren für Logopädie
Novitas BKK 0180 - 263 63 56	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte



## Wie hältst du es mit... ... kranken Therapeuten?



Während jetzt im Herbst die Temperaturen sinken, nimmt die Zahl der erkälteten und kranken Mitarbeiter zu. Die Ausfälle, zu denen es deswegen kommt, können Praxen häufig nur schwer auffangen – die Terminpläne sind ohnehin schon randvoll. Häufig sollen also auch Kollegen mit dicker Schnupfennase noch anpacken. Doch das kommt bei Patienten und Kollegen nicht immer gut an. Deshalb fragen wir Sie: Wie hältst du es mit kranken Therapeuten?

Es ist besser, wenn die betroffenen Kollegen nur kurz ausfallen als mit einer verschleppten Erkältung oder einer Grippe dann mehrere Tage und Wochen. Außerdem besteht so auch für die Kollegen keine Ansteckungsgefahr

## Vorgehen 1

### Ein kleiner Schnupfen bringt doch keinen um

Wenn jemand richtig krank ist, gehört er natürlich geschont und soll sich zu Hause erholen. Doch ein einfacher Schnupfen ist für mich kein Grund, jemanden nach Hause zu schicken. Da muss schließlich jeder von uns mal durch. Wenn ich im Herbst und Winter jeden erkälteten Mitarbeiter nicht arbeiten lassen würde, wäre ich bald allein in der Praxis.

#### Vorteil

Durch dieses Vorgehen werden die Lücken in den Therapeutenreihen im Herbst und Winter auf jeden Fall ein wenig geschlossen. Das gewährleistet auch in der Erkältungszeit einen reibungslosen Ablauf in der Praxis, ohne größere Ausfälle. Denn die Mitarbeiter haben sicherlich häufiger einen grippalen Infekt als eine wirkliche Grippe.

#### Nachteil

Auch ein kleiner Schnupfen kann manchmal große Auswirkungen haben. Zum einen fühlen sich die Betroffenen für ein bis zwei Tage wirklich ziemlich krank. Entsprechend könnten ihre Arbeitsleistung und auch die Arbeitsmoral darunter leiden. Außerdem ist den Patienten in den Händen eines stark verschnupften Therapeuten auch nicht unbedingt wohl und sie haben Angst, sich anzustecken.

## Vorgehen 2

### Das habe ich doch nicht zu entscheiden – ob krank oder nicht krank entscheidet der Arzt

Ich bin doch nicht der Arzt. Es obliegt der ärztlichen Hoheit, die Diagnose zu stellen, ob jemand wirklich zu krank zum Arbeiten ist. Aus diesem Grund halte ich mich da völlig raus. Fühlt sich einer meiner Mitarbeiter unwohl, muss er eben eine Arztpraxis aufsuchen, bevor er sich krankmelden kann, auch wenn es nur um einen Tag geht.

#### Vorteil

Diese klare Vorgabe stellt alle Mitarbeiter gleich: Jeder darf der Arbeit nur fernbleiben, wenn er eine Krankmeldung durch den Arzt vorlegt. Niemand kann sich also ungerecht behandelt fühlen, weil der Arbeitnehmer seine Kopfschmerzen nicht so schlimm fand wie den Schnupfen der Kollegin.

#### Nachteil

Manch ein Mitarbeiter könnte sich aus falscher Loyalität wirklich krank zur Arbeit schleppen, nur um seine Kollegen nicht unnötig zu belasten. Solch ein Verhalten gefährdet aber nicht nur die Gesundheit des Therapeuten, sondern auch jene der anderen Mitarbeiter und Patienten. Sie könnten sich leicht bei der kranken Person anstecken.

## Vorgehen 3

### Ob jemand krank ist oder nicht entscheidet in den ersten drei Tagen jeder selbst

Ich bin doch nicht die Mutter meiner Angestellten, die wie in der Schulzeit darüber entscheidet, ob das Kind zu Schule muss und einen Entschuldigungszettel schreibt. In unserem Team ist jeder

für das Wohl seiner Kollegen und auch für sich selbst verantwortlich. Für bis zu drei Tage können alle für sich einschätzen, ob sie sich noch fit genug fühlen, um zu arbeiten, oder ob sie zu Hause im Bett besser aufgehoben sind. Unter Druck setze ich jedenfalls niemanden.

#### Vorteil

Dieses Vorgehen zeigt Ihren Mitarbeitern, wie sehr Sie ihnen vertrauen. Die meisten werden sich dadurch wertgeschätzt fühlen und versuchen, nur selten wegen Krankheit zu fehlen. Für einen Mitarbeiter mit Migräne ist es wesentlich angenehmer, sich mit seinen Kopfschmerzen einen Tag ins Bett zu legen, als einen Vormittag im überfüllten Wartezimmer zu verbringen, nur um sich krankschreiben zu lassen. Ein weiterer Vorteil für Sie: Ärzte schreiben die Arbeitnehmer meist gleich mehrere Tage krank. Mitarbeiter, die für sich selbst entschieden haben, dass sie gerade arbeitsunfähig sind, sind meist viel schneller wieder einsatzfähig.

#### Nachteil

Es könnte immer mal ein schwarzes Schaf im Team geben, das Ihr Vertrauen ausnutzt und regelmäßig krankfeiert. Darunter leiden nicht nur Sie als Inhaber, sondern auch die anderen Kollegen, die den unberechtigten Ausfall kompensieren müssen. Hier sollte man als Chef immer die Augen und Ohren offenhalten, um Unmut vorzubeugen.

## Vorgehen 4

### Wir sind doch hier kein Virenzuchtverein – wer krank ist, gehört ins Bett!

Kranke Mitarbeiter gehören nicht in unsere Praxis. Es ist nicht nur für die Patienten unangenehm, von einem verschnupften Therapeuten behandelt zu werden. Meistens steckt er auch mindestens noch einen Kollegen an. Und wenn es erstmal soweit ist, wird man die Erkältung im Team über den gesamten Winter nicht mehr los. Bei uns kurieren sich Kollegen mit starkem Schnupfen deshalb einfach ein bis zwei Tage zu Hause aus und sind dann schnell wieder einsatzfähig.



**Vorteil**

Die Erfahrung zeigt: Wenn Mitarbeiter eine einfache Erkältung unterschätzen und sie verschleppen, haben sie – und auch der Rest des Teams – meist viel länger mit dem Problem zu kämpfen, als wenn sie sich einmal richtig auskurieren haben. Es ist besser, wenn der betroffene Kollege nur kurz ausfällt als mit einer verschleppten Erkältung oder einer Grippe dann mehrere Tage und Wochen. Außerdem besteht so auch für seine Kollegen keine Ansteckungsgefahr.

**Nachteil**

In der Erkältungssaison kann es durchaus auch mal mehrere Kollegen gleichzeitig erwischen, ohne dass sie sich gegenseitig angesteckt haben. Bleiben die Therapeuten dann zuhause, um sich auszukurieren, bleibt Ihnen unter Umständen keine andere Möglichkeit, als Termine abzusagen.

**Vorgehen 5**

**Ich würde den kranken Kollegen gern nach Hause schicken, aber einen spontanen Ausfall können wir einfach nicht kompensieren**

Ich finde es auch problematisch, wenn sich Mitarbeiter mit einer starken Erkältung zur Arbeit schleppen müssen. Manchmal haben sie für ein bis zwei Tage ja die gleichen Symptome wie bei einer Grippe. Allerdings kann ich mir Ausfälle in unserer kleinen Praxis einfach nicht leisten. Unser Terminplan ist zum Bersten voll und ich habe nicht genug Personal, das die Termine kranker Kollegen auffangen könnte. Termine ausfallen zu lassen, kann ich mir noch viel weniger leisten. Deshalb gilt bei uns: Ohne Krankschreibung darf niemand fehlen.

**Vorteil**

Hier ist eine klare Kommunikation an die Mitarbeiter gefragt: Wenn man ihnen die Situation beschreibt, ist für jeden die Not-

wendigkeit einer Krankschreibung ab dem ersten Tag verständlich. Gelingt das, fühlen die Mitarbeiter sich verstanden, entwickeln ihrerseits Verständnis für die Situation der Praxis und unterstützen Sie dabei, die Regel durchzusetzen.

**Nachteil**

Für manche gesundheitlichen Probleme stellt der Arzt nicht zwingend eine Krankschreibung aus – für leichte Kopfschmerzen beispielsweise oder leichte Rückenschmerzen. Aber auch sie können die Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers stark einschränken. Das macht es schwierig, eine Regelung zu finden, die für beide Parteien vertretbar ist. Es braucht viel Fingerspitzengefühl, über solche Szenarien und ihre Lösung nachzudenken. Beispielsweise könnten Praxisinhaber für betroffene Kollegen einen Rückzugsort schaffen oder ihnen erlauben, ihre Pause zu verlängern oder sich eine zusätzliche Pause einzuplanen. Dann muss man statt allen Terminen vielleicht nur ein oder zwei absagen. ■ [1]



### up|Umfrage: Wie hältst du es mit kranken Therapeuten?

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](http://www.up-aktuell.de)

up|Umfrage  
mitmachen!

Artikel zur Umfrage

up|umfrage: Wie hältst du es mit kranken Therapeuten?

- Ein kleiner Schnupfen bringt doch keinen um.
- Ob krank oder nicht krank entscheidet der Arzt.
- In den ersten drei Tagen entscheidet jeder selbst.
- Wer krank ist, gehört ins Bett!
- Einen Ausfall können wir einfach nicht kompensieren.

Absenden

# Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen

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

Egal wie viele Stempel und Unterschriften Sie sich von den verordnenden Ärzten auf die Verordnungsvordrucke geben lassen, die Abrechnungsstellen der Krankenkassen finden immer wieder neue Gründe, ungerechtfertigt die Rechnung zu kürzen. Seit dem Inkrafttreten der Neufassung der HeilM-RL am 1. Januar 2017 hat der Abrechnungsstress bei den meisten Praxen deutlich zugenommen. Jede noch so kleine Formalie muss eingehalten werden, die Abrechnungs-Bürokratie ufert mehr und mehr aus. Das muss aber nicht sein, denn, wenn man die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen kennt, geht die Abrechnung plötzlich deutlich leichter.

## Ihr Nutzen

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

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

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

### Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

### 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

01.12.2017 in Berlin

13.01.2018 in Stuttgart

23.02.2018 in Köln

28.04.2018 in Leipzig

08.06.2018 in Hamburg

25.08.2018 in Berlin

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 oder  
[info@buchner-consulting.de](mailto: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.

## BGH kippt erneut überhöhte Bankgebühren

**Der Bundesgerichtshof (BGH) hat erneut bestimmte Bankgebühren für unzulässig erklärt. Wer solche Gebühren in der Vergangenheit gezahlt hat, sollte jetzt handeln und zu Unrecht bezahltes Geld zurückfordern.**

Mit immer neuen Gebühren versuchen Kreditinstitute, in Zeiten der Nullzinspolitik der Europäischen Zentralbank ihre Kosten zu decken. Allerdings darf dies nicht zu Lasten ihrer Kunden gehen.

Verbraucherschützer hatten gegen mehrere Klauseln in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Sparkasse Freiburg geklagt, die sich aber so oder ähnlich auch bei anderen Sparkassen finden. So mussten Kunden etwa fünf Euro zahlen, wenn sie per Post über eine abgelehnte Überweisung informiert wurden. Auch Gebühren für eine Änderung oder Aussetzung eines Dauerauftrags oder für den Widerruf einer Wertpapier-Order seien unzulässig, so die Karlsruher Richter (Aktenzeichen: XI ZR 590/15).

Kunden können sich zu Unrecht gezahlte Gebühren zurückerstatten lassen. Die Stiftung Warentest hat in einer Meldung auch eine Musterformulierung für die Rückerstattung veröffentlicht. Laut Stiftung Warentest verjähre die Erstattungsforderung allerdings drei Jahre nach Ende des Jahres, in dem die Forderung entstanden ist. „Bis Ende 2017 können Kunden immerhin noch alle ab 1. Januar 2014 rechtswidrig gezahlten Gebühren zurückverlangen“, heißt es. ■ [ks]

**mehr:** Die Musterformulierung finden Sie unter [www.test.de](http://www.test.de). Wenn Sie in der Suchmaske „Sparkassen-Klauseln“ eingeben, finden Sie die Meldung dazu.



## BGH: Bearbeitungsentgelte für Freiberufler unzulässig

**Banken dürfen auch von Freiberuflern und Unternehmern keine Bearbeitungsgebühr bei der Vergabe von Krediten kassieren. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) kürzlich in zwei Fällen entschieden und seine bisherige Rechtsprechung damit ausgedehnt.**

Schon 2014 hatte das Gericht eine entsprechende Entscheidung für Verbraucherdarlehen und 2016 für Bausparverträge getroffen. In den beiden aktuellen Fällen ging es um die Finanzierung von Wohn- und Geschäftshäusern. Die Kreditinstitute hatten nach ihren allgemeinen Geschäftsbedingungen jeweils ein „Bearbeitungsentgelt für Vertragsabschluss“ in Höhe eines fünfstelligen Betrags erhoben. Zu Unrecht, wie die Karlsruher Richter jetzt entschieden. Bei den fraglichen Klauseln handele es sich um „sogenannte Preisnebenabreden, die der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB unterliegen“, heißt es in der BGH-Begründung. Und diese seien unwirksam, wenn sie einen Vertragspartner unangemessen benachteiligen (Az.: XI ZR 562/15 und XI ZR 233/16).

Darlehensnehmer, deren Verträge auch solche Standardklauseln zu Bearbeitungsgebühren enthalten, können von den Banken das Geld zurückfordern. Dabei gilt die Verjährungsfrist von drei Jahren. Es können also nur noch Gebühren zurückverlangt werden, die in Darlehensverträgen ab dem Jahr 2014 festgelegt wurden. ■ [ks]





Meine ganze  
Aufmerksamkeit  
für die Patienten



**50 €**  
Startbonus

**Therafon**

unser Telefonservice für Ihre Praxis

Während Sie Ihre Patienten behandeln, nehmen wir Ihre Anrufe entgegen: persönlich, individuell, professionell.

Alle Informationen finden Sie unter [www.therafon.com](http://www.therafon.com).  
Oder rufen Sie uns einfach unter 0431 72 000 465 an und sichern Sie sich **50 €** Startbonus.



# Wenn der Ehepartner in der Praxis mitarbeitet ...

## Beschäftigungsverhältnis muss eindeutig geregelt sein

In Therapiepraxen kommt es, wie in vielen anderen kleinen und mittelgroßen Betrieben, vor, dass der eigene Ehepartner zum Mitarbeiter wird. Steuerlich und sozialversicherungsrechtlich kann das vorteilhaft sein. Das Arbeitsverhältnis muss aber eindeutig geregelt sein, um einer späteren Betriebsprüfung standzuhalten.



Wer will, dass Ehepartner oder andere Familienangehörige im eigenen Betrieb mitarbeiten, muss das Arbeitsverhältnis sauber festlegen, sonst droht Ärger mit Finanzamt und Sozialversicherungsträgern. Der Arbeitsvertrag muss Tätigkeiten vorschreiben, die der Ehepartner dann auch tatsächlich ausführt, wobei der Partner weisungsgebunden ist und angemessen bezahlt wird. Es muss ausgeschlossen sein, dass der Arbeitsvertrag nur zum Schein besteht.

Kurzum: Der Vertrag muss inhaltlich so gestaltet sein, wie es bei Verträgen mit anderen „fremden“ Mitarbeitern der Praxis üblich ist. Dazu gehört, dass er die wichtigsten Rechte und Pflichten festlegt, die Art und den Umfang der Tätigkeit, Arbeitszeit, Urlaub, Höhe des Lohns sowie Kündigungsfristen. Wichtig ist auch, dass das Gehalt des Partners auf dessen privates Konto überwiesen wird. Einen Mustervertrag bietet beispielsweise die IHK Frankfurt auf ihrer Website zum Download an:

**[www.frankfurt-main.ihk.de](http://www.frankfurt-main.ihk.de) -> Themen -> Recht und Steuern -> Musterverträge -> Arbeitsvertrag mit Familienangehörigen**

### Alternativ als 450-Euro-Job

Praxisinhaber können den eigenen Ehepartner entweder in einem sozialversicherungspflichtigen Dauerarbeitsverhältnis einstellen oder in einem Mini- oder 450-Euro-Job, der allerdings nicht steuerfrei ist. Das Gehalt, das Praxischefs ihren Ehegatten bezahlen, können sie, wie andere Gehälter auch, als Betriebsausgaben steuermindernd geltend machen.

Bei einer geringfügigen Beschäftigung zahlen Arbeitgeber eine Pauschalsteuer von zwei Prozent des Gehalts, die schon die Kirchensteuer und den Solidaritätszuschlag enthält, an die Mini-job-Zentrale – sie dürfen diese zwei Prozent auch von dem Gehalt,



das sie dem Mitarbeiter auszahlen, abziehen. Bei Mitarbeitern, die nur kurzfristig beschäftigt werden, können Praxischefs für die Lohnsteuer einen Pauschsteuersatz von 25 Prozent des Arbeitslohns ansetzen. Eine kurzfristige Beschäftigung liegt nach Einkommenssteuergesetz vor,

„wenn der Arbeitnehmer bei dem Arbeitgeber gelegentlich, nicht regelmäßig wiederkehrend beschäftigt wird, die Dauer der Beschäftigung 18 zusammenhängende Arbeitstage nicht übersteigt und

1. der Arbeitslohn während der Beschäftigungsdauer 72 Euro durchschnittlich je Arbeitstag nicht übersteigt oder
2. die Beschäftigung zu einem unvorhersehbaren Zeitpunkt sofort erforderlich wird.“

Das kann also zum Beispiel für einen Ehepartner gelten, der die Praxis aushilfsmäßig bei Büroarbeiten unterstützt, zum Beispiel, wenn die Jahresabrechnung ansteht. Die Vorlage einer Lohnsteuerkarte ist bei pauschal besteuerten Mini-Jobs und kurzfristigen Beschäftigungen nicht erforderlich.

#### Definition von nahen Angehörigen

Was hier für Ehegatten beschrieben ist, gilt auch für andere „nahe Angehörige“. Wer zu diesem Kreis gehört, wenn es um Steuern geht, legt Paragraph 15 der Abgabenordnung (AO) fest: Verlobte, der Ehegatte oder Lebenspartner, Verwandte und Verschwäger- te gerader Linie, Geschwister und deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Geschwister der Eltern sowie Pflegeeltern und Pflegekinder. ■

[ks]

### Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Schleswig-Holstein	Ergotherapie	AOK	01.11.2017	Behandlungsdatum
Schleswig-Holstein	Physiotherapie	AOK	01.11.2017	Behandlungsdatum
Alte Bundesländer	Podologie	vdek	01.10.2017	Verordnungsdatum
Baden-Württemberg	Logopädie	IKK, BKK, Knappschaft	01.10.2017	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Logopädie	AOK	01.10.2017	Behandlungsdatum
Bayern	Logopädie	RVO	01.10.2017	Erster Behandlungstermin
Berlin	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Brandenburg	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Bremen	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Hamburg	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Hessen	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Neue Bundesländer	Podologie	vdek	01.10.2017	Verordnungsdatum
Niedersachsen	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Nordrhein	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Rheinland-Pfalz	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Saarland	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Sachsen	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Sachsen-Anhalt	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Schleswig-Holstein	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Thüringen	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Westfalen-Lippe	Logopädie	vdek	01.10.2017	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Physiotherapie	AOK	01.09.2017	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Podologie	IKK	01.09.2017	Behandlungsdatum
Schleswig-Holstein	Podologie	IKK	01.09.2017	Behandlungsdatum

Die neue Regelung soll dem Gericht zufolge der Bekämpfung des „Spesenunwesens“ dienen

# Pauschale Einkommensteuer auf Geschenke ist keine Betriebsausgabe

geschenkt! :)

Wenn er einem Geschäftspartner Geschenke macht, kann ein Praxisinhaber pauschal 30 Prozent des Geschenkerts an das Finanzamt abführen. Damit erreicht er, dass der Beschenkte die Einnahmen für die Zuwendung nicht versteuern muss. Diese Zusatzkosten kann der Praxisinhaber allerdings nicht von seinen Betriebskosten abziehen, wenn die Zuwendung zusammen mit der Steuer 35 Euro übersteigt. Dies hat der Bundesfinanzhof (BFH) kürzlich entschieden.

Im vorliegenden Fall hatte ein Konzertveranstalter geklagt, der in großem Umfang Freikarten an Geschäftspartner verteilt hatte. Er hatte dabei die pauschale Einkommensteuer (Pauschalsteuersatz von 30 Prozent) auf die Freikarten an das Finanzamt abgeführt, heißt es in der BFH-Mitteilung. Die Kosten, die ihm durch die Übernahme der Pauschale entstanden sind, wollte er dann für seine Gewinnberechnung von den Betriebsausgaben abziehen. Das zuständige Finanzamt lehnte das ab – woraufhin das Unternehmen Klage einreichte, die zunächst das Niedersächsische Finanzgericht und schließlich der BFH abwies.

## Geschenke nur bis 35 Euro pro Jahr als Betriebsausgabe abziehbar

Nach § 4 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) dürfen Steuerpflichtige Aufwendungen für Geschenke an Geschäftspartner nicht als Betriebsausgabe von ihrem Gewinn abziehen. Das gilt nur dann nicht, wenn die Kosten pro Empfänger und Wirtschaftsjahr 35 Euro nicht übersteigen. Damit solle verhindert

werden, dass Unternehmen übertriebenen Aufwand für die betriebliche Repräsentation – also etwa für Kundebindung, Werbung, Akquise – auf die Allgemeinheit umwälzen. Die Regelung diene dem Gericht zufolge somit der Bekämpfung des „Spesenunwesens“.

## Zahlung der pauschalen Einkommensteuer als weiteres „Geschenk“

Der BFH wertete die Übernahme der pauschalen Einkommensteuer nach § 37b EStG als weiteres „Geschenk“. Freikarte und Steuer seien derart miteinander verbunden, dass sie zusammen betrachtet werden müssen, hieß es in der Urteilsbegründung. Ein Betriebsausgabenabzug komme daher nicht in Betracht, wenn der Wert des Geschenks und die dafür anfallende Pauschalsteuer zusammen 35 Euro überstiegen. Damit sei das Abzugsverbot auch dann anzuwenden, wenn das Geschenk die Betragsgrenze erst aufgrund der Höhe der übernommenen Pauschalsteuer überschreitet, so der BFH (Aktenzeichen: IV R 13/14). ■

[ks]

# Urteil: Weiterhin hohe Zinsen auf Steuernachzahlungen



**Finanzämter können auch weiterhin jährlich sechs Prozent Zinsen auf Steuernachzahlungen verlangen. Das hat das Finanzgericht Münster kürzlich entschieden.**

Ein Ehepaar aus Witten sollte für die Jahre 2010 und 2011 Steuern nachzahlen. Da sie ihre endgültigen Steuerbescheide zu spät einreichten, nämlich 2016 und Ende 2013, verlangte das zuständige Finanzamt für die Steuernachforderungen noch Zinsen. Dabei gilt ein Zinssatz von 0,5 Prozent pro Monat, also sechs Prozent pro Jahr. Berechnet werden diese Zinsen ab dem 15. Monat nach Ablauf des betreffenden Steuerjahres. Geht es um Nachzahlungen für das Steuerjahr 2015, werden also ab dem 1. April 2017 Zinsen fällig. Der Zinssatz von sechs Prozent pro Jahr besteht bereits seit mehr als 50 Jahren.

## **Gesetzliche Verzinsungsregelung verfassungsgemäß**

Das Ehepaar klagte mit Unterstützung des Bundes der Steuerzahler (BdSt) gegen den Bescheid. Seine Begründung: Die Höhe der Verzinsung sei angesichts der andauernden Niedrigzinsphase „fernab der Realität“. Da die Zinsen in den vergangenen Jahren stark gesunken sind, setzt sich der BdSt für eine Anpassung des Zinssatzes auf 0,25 Prozent pro Monat, also drei Prozent pro Jahr, ein.

Das Finanzgericht Münster wies die Klage ab. Die gesetzliche Verzinsungsregelung sei, auch in der Höhe von sechs Prozent jährlich, verfassungsgemäß. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Streitfrage hat der Senat die Revision zum Bundesfinanzhof zugelassen (Aktenzeichen: 10 K 2472/16).

## **Ruhen des Verfahrens beantragen**

Für die Praxis hat das Urteil zunächst keine Auswirkungen. Steuerzahler können weiterhin gegen die hohen Steuerzinsen Einspruch einlegen und daraufhin das Ruhen des Verfahrens beantragen. Zur Begründung sollten sie dabei auf ein bereits laufendes Parallelverfahren beim Bundesfinanzhof verweisen (Aktenzeichen: I R 77/15). ■

[ks]

# Stiftung Warentest: Nur 23 Girokonten sind wirklich kostenlos



Preiserhöhungen nehmen laut Finanztest immer absurdere Züge an

Die Zeit des kostenlosen Girokontos geht zu Ende. Immer mehr Banken führen neue Gebühren für Dienstleistungen ein. Die Stiftung Warentest hat für die September-Ausgabe „Finanztest“ 231 Gehalts- und Girokonten von 104 Banken unter die Lupe genommen. Fazit: Lediglich 23 Angebote waren komplett und ohne Bedingungen kostenlos.

Bei den Gebühren für Girokonten werden die Banken und Sparkassen immer kreativer – kürzlich ging das soweit, dass der Bundesgerichtshof einigen Banken einen Riegel vorschob, weil sie für ihr SMS-TAN-Verfahren auch dann Kosten berechnet hatten, wenn auf die SMS gar keine Transaktion folgte (up berichtete). In der Regel allerdings seien die Gebühren der Banken, so die Finanzexperten der Stiftung Warentest, zulässig, aber nicht kundenfreundlich. Der Grund für das Drehen an der Gebührenschaube: Durch die Niedrigzinsen können die Banken mit Kundenguthaben kaum noch Geld verdienen.

## Vom Premium- bis zum Billigkonto

So gibt es die verschiedensten Kontomodelle, von Premiumkonto mit allen Extras und hoher Grundgebühr bis zum Billigkon-

to ohne Grundgebühr, aber mit Extrakosten für jede Überweisung. Und die Preiserhöhungen nehmen laut Finanztest immer absurdere Züge an. Wer beispielsweise als Kunde der Frankfurter Volksbank spätabends noch Geld am Automaten abhebt, zahlt eine Gebühr. Das Geldabheben sei nur während der Geschäftszeiten kostenfrei.

## Gratisangebote von nur vier überregionalen Banken mit Filialen

Nur 23 der getesteten Kontomodelle waren wirklich kostenlos. Unter diesen Gratisangeboten befanden sich laut Finanztest nur vier überregionale Banken mit Filialen: Santander Bank, Santander Consumer Bank, Sparda Hessen und PSD Niederbayern-Oberpfalz. Dazu kommen einige regionale PSD-Banken sowie die Sparda München. Kunden, die keinen Wert auf eine

Filiale legen, finden außerdem bei neun Direktbanken ein kostenloses Girokonto.

## Bei Gebühren über 60 Euro im Monat das Konto wechseln!

Ein solches kostenloses Girokonto sei laut Finanztest nicht für jeden Bankkunden das passende. Wer eine persönliche Beratung schätze, sei bei einer Filialbank in seiner Nähe richtig. Ausufernde Gebühren müsse sich aber niemand bieten lassen. Die Finanzexperten empfehlen: Wer mehr als 60 Euro im Jahr – die Kosten für die Kreditkarte nicht eingerechnet – für sein Girokonto ausgabe, sollte verschiedene Angebote anschauen und ein neues Konto eröffnen. Der Wechsel zwischen den Banken sei unproblematisch – Finanztest verweist dazu auf die Anleitung „Bankwechsel leicht gemacht“ auf [www.test.de](http://www.test.de). ■

[ks]

# Delegieren wird leichter – Schweigepflicht gilt nun auch für externe Dienstleister



Eine Neuregelung der Verschwiegenheitspflicht ermöglicht es Mitgliedern freier Berufe, zu denen auch Therapeuten gehören, Aufgaben an externe Dienstleister wie IT-Spezialisten leichter zu delegieren. Der Bundesrat stimmte kürzlich einer Änderung des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zu und weitet damit die Schweigepflicht auch auf „berufsmäßig tätige Gehilfen“ aus, sofern diese für die berufliche Tätigkeit erforderlich sind.

Insbesondere die Digitalisierung macht es auch kleineren Praxen zunehmend schwierig, ohne externe Dienstleister über die Runden zu kommen. Da das häufig bedeutet, zum Beispiel einer IT-Firma Zugang zu Patientendaten zu geben, ging damit für Praxisinhaber bisher immer auch das Risiko einher, gegen die Schweigepflicht zu verstoßen. Darauf können strafrechtliche Konsequenzen folgen – gegebenenfalls eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr.

Die neue Reform erleichtert es Berufen, für die eine Schweigepflicht gilt, Dienstleistungen zu delegieren. Bislang war das ohne Zustimmung des Patienten oder Mandanten nicht zulässig. In Zukunft machen sich alle Mitwirkenden – sowohl Angestellte als auch externe Dienstleister – strafbar, wenn sie ein Berufsgeheimnis offenbaren, das ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt geworden ist.

Als Tätigkeiten, die an Dritte übertragen werden können, nennt der Gesetzgeber unter anderem Schreibarbeiten, Rech-

nungswesen, Annahme von Telefonanrufen, Aktenarchivierung und -vernichtung sowie Einrichtung, Betrieb und Wartung von IT-Anlagen und Systemen zur externen Speicherung von Daten.

## Dienstleister sorgfältig auswählen und zur Geheimhaltung anhalten

Zugleich werden Berufsgeheimnisträger wie Ärzte, Anwälte und Therapeuten verpflichtet, die Externen im Hinblick auf deren Vertrauenswürdigkeit sorgfältig auszuwählen und sie mit einer schriftlichen Vereinbarung darauf hinzuweisen, dass sie die ihnen bekannt gewordenen Daten geheim halten müssen. Ein Musterschreiben zu einer solchen Verpflichtungserklärung findet sich auf Seite 42 der Broschüre „Datenschutz in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis“ der KV Bayern. ■ [ks]

**mehr: Sie finden die Broschüre unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) -> Praxis -> Praxisführung -> Datenschutz -> Handbuch "Datenschutz in der Arzt-/ Psychotherapeutenpraxis"**

# Hausbesuch

## Nimm zwei Praxen und bleib gesund

Für unsere „Hausbesuche“ fragen wir Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber aus ganz Deutschland, was sie zurzeit in ihrem Berufsleben bewegt. In diesem Monat sprechen wir mit Anna Henrich, die mit nur 28 Jahren schon zwei Physiotherapie-Praxen in Koblenz leitet.



**Was wird Ihnen von der letzten Arbeitswoche in Erinnerung bleiben?**

HENRICH | Diese Woche werde ich mir als eine merken, in der ich kaum in der Praxis und viel außerhalb unterwegs war. Ich betreue nebenbei Firmen und habe zwei Rückenschulskurse in einer IT-Firma gegeben.

**Welches war Ihr größter Erfolg als Praxischefin in der letzten Zeit?**

HENRICH | Erfolge erlebe ich immer wieder mit Kindern und Jugendlichen, vor allem in der Skoliose-Therapie. Die Kinder merken die Fortschritte immer sehr stark, wenn sie sich auf einmal anders bewegen können und sind dann total dankbar. Wenn sie dann erzählen, dass sie jetzt endlich mit Freunden klettern gehen können, fühlt sich das einfach gut an.

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

HENRICH | Ich hätte gerne, dass die Politik und die Kassen einige Dinge ungeschehen machen, wegen der jetzt ganz viele Unsicherheiten bei mir und meinen Mitarbeitern bestehen. Die Änderung des Heilmittel-Katalogs zum Beispiel kommt für uns mit ganz vielen offenen Fragen: Wo geht die Reise hin? Schaffen wir das als kleinere Praxis?

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

HENRICH | Es wäre schön, wenn wir Physiotherapeuten unabhängiger wären von den Krankenkassen. Weniger Bürokratie, weniger Papierkram, mehr handeln. Ich hoffe, dass die Blankoverordnung bald ein erster Schritt in die richtige Richtung ist. ■ [mk]

### Die Praxis: PHYSIOTHERAPIE HENRICH

- ▶ Mit nur 22 Jahren eröffnete Anna Henrich 2012 ihre erste Praxis in Koblenz, zweieinhalb Jahre später folgte die zweite.
- ▶ In den beiden Praxen arbeiten insgesamt sieben Therapeuten und eine Rezeptionskraft.
- ▶ Ein Schwerpunkt der Praxen liegt auf der Kindertherapie, sie bieten aber darüber hinaus alles außer KG Gerät an. Ein weiteres Standbein von Anna Henrich ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement, mit Rückenschule und Ergonomie-Beratungen in Firmen.

### Hausbesuch in Ihrer Praxis

*Ganz egal, ob Sie Einzelkämpfer sind oder 100 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 unserer Rubrik „Hausbesuche“ einen Einblick in Ihren Berufsalltag zu geben, schreiben Sie uns eine Mail an [redaktion@up-aktuell.de](mailto:redaktion@up-aktuell.de)*

# Privatpreise ohne Diskussion

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

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

## Ihr Nutzen

In diesem Seminar erfahren Sie...

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

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

### Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

### Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, 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

02.12.2017 in Berlin

12.01.2018 in Stuttgart

27.04.2018 in Leipzig,

09.06.2018 in Hamburg

24.08.2018 in Berlin

22.09.2018 in Nürnberg

26.10.2018 in Frankfurt

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.

# Fit für Babybauch und Wehen

Physiotherapeutin betreut Schwangere mit eigenem Behandlungskonzept



Hurra, ich bin schwanger! In dieses Glücksgefühl mischen sich mit wachsendem Bauch leider oft auch Beschwerden in Halswirbelsäule, Schulter, Rücken oder Kreuzdarmbeingelenk (Lendenbereich) hinein. Das muss nicht sein, behauptet die Regensburger Physiotherapeutin Claudia Domke. 80 Prozent aller Gesundheitsprobleme werdender Mütter seien orthopädisch bedingt. Mit ihrem eigenen „Dock On®“-Behandlungskonzept, das auf Manueller Therapie basiert, hilft sie Frauen, gestärkt durch die Schwangerschaft zu kommen und sich auf die Geburt vorzubereiten.



**Die gebürtige Rheinländerin** hat sich schon Mitte der 70er Jahre auf die Orthopädie spezialisiert (Manuelle Therapie) und Mitte der 80er Jahre auf die Gynäkologie. „Die Kombination ist unter Physiotherapeuten selten“, sagt sie, „aber eine wirklich spannende Sache!“ Sie bezeichnet sich selbst als Prototyp einer Krankengymnastin, die nicht nur therapiert, sondern auch wissen will, woher die Probleme kommen“. Dazu bedürfe es ganz viel Detektivarbeit am Körper.

Für ihr „Dock On®“-Konzept, das sie vor rund sieben Jahren entwickelte, hat Claudia Domke die Behandlung der Schwangeren unter den Aspekten der Manuellen Therapie und den osteopathischen Grundgedanken der Osteopathie modifiziert und individuell angepasst. Ihr Ziel ist es, durch eine gezielte manuelle Therapie die Selbstheilungskräfte des Körpers freizusetzen. Domkes Konzept setzt auf drei entscheidende Punkte in der Befundung und der Therapie, um die individuellen Besonderheiten eines jeden Patienten zu erfassen. Diese drei Punkte sind: Asymmetrie des Körpers, die Elastizität des Gewebes und der Körperschwerpunkt des Menschen.

#### Die Körperhaltung verändert sich in der Schwangerschaft

Dieser Körperschwerpunkt verändert sich in der Schwangerschaft. Das zunehmende Gewicht des Babybauchs zieht den Körper nach vorne. Ganz automatisch fallen Schultern und Po zum Ausgleichen nach hinten. Die meisten Frauen entwickeln daher im Laufe ihrer Schwangerschaft einen nach vorne gekrümmten Rücken, das sogenannte Hohlkreuz, das die Verlagerung des Körpermittelpunktes bis zu einem gewissen Grad zwar ausgleicht, aber Muskeln und Bänder auch stark belastet.

#### Schiefhaltung verursacht Schmerzen

Claudia Domke vergleicht den Körper eines Menschen gerne mit einem Auto. „Die Karosserie bestimmt auch das Innenleben“, sagt sie. Viele Menschen haben eine mehr oder weniger ausgeprägte Schiefhaltung, ihr Körper ist seitwärts geneigt oder auch verdreht. Sie sind schief, die beiden Körperseiten sind ungleich. Je schief ein Mensch sei, desto größer werde der Innendruck im Bauch und könne auch in der Schwangerschaft zu Beschwerden führen. „Wenn ich eine schiefe Frau wieder gerade stelle, hören beispielsweise vorzeitige Wehen, die nicht durch Bakterien verursacht sind, wieder auf.“

#### Zusammenarbeit mit Hebammen

Seit mehr als 25 Jahren arbeitet die Physiotherapeutin mit einer Hebamme zusammen, seit etwa vier Jahren mit einer weiteren, die noch Hausgeburten macht. Gemeinsam betreuen sie die Schwangeren in den Geburtsvorbereitungskursen. „Das hat den Vorteil, dass sie mich schon in den Kursen sehen und ich mich nach ihren individuellen Beschwerden auch vor ihrer Schwangerschaft erkundigen kann“, so Domke.

Aus jedem Kurs finden dann auch zwei bis drei Frauen den Weg in ihre Privatpraxis. Die meisten Patientinnen kommen

nach der 20. Schwangerschaftswoche. Nach einem ausführlichen Befund erarbeitet die Therapeutin individuelle Übungen im Sitzen und Stehen, die die Frauen drei bis fünf Mal pro Tag 30 Mal wiederholen sollen. In der Regel kommen sie einmal pro Woche in die Praxis, um Fortschritte in der Behandlung zu verfolgen und die Intensität der Übungen zu steigern. „Die Frauen sind an der Grenze ihrer Bewegungsmöglichkeiten“, berichtet Domke. „Die Behandlung ist anstrengend, da besonders das vegetative Nervensystem gefordert wird, um Strukturveränderungen zu bewirken.“

#### Therapie als Privatleistung

Die Einzeltherapie nach Domkes „Dock On®“-Konzept ist eine Privatleistung. Sie kostet pro Sitzung, die etwa 25 Minuten dauert, 29 Euro. Die Schwangeren kommen im Schnitt zwei- bis dreimal in ihre Praxis – nur in ganz seltenen Fällen sind bis zu sechs Sitzungen nötig. „Die Frauen können sich auch eine Verordnung beim Gynäkologen holen“, so die Therapeutin, „die meisten Ärzte sind damit aber eher sparsam.“ Auch nach der Geburt behandelt sie junge Mütter – allerdings eher selten: „Sie kennen ja ihre Übungen und können mit diesen auch nach der Geburt sofort wieder starten.“

#### Schwangerschaftsbegleitung nur ein kleiner Teil im Praxisalltag

Die Schwangerschaftsbegleitung macht nur einen kleinen Teil von Claudia Domkes Praxisalltag aus. Etwa 15 Prozent ihrer Einkünfte entfallen auf ihr „Dock On®“-Behandlungskonzept. Weitere fünf Prozent sind urologische, der Rest orthopädische Fälle sowie die Therapie mit Kindern nach Bobath und Vojta. Ein weiteres wirtschaftliches Standbein ist ihre Lehrtätigkeit – sie bietet in ganz Deutschland Kurse für Physiotherapeuten an, die auf ihrem „Dock On® 3-Punkte-Konzept“ basieren.

mehr: [www.claudia-domke.de](http://www.claudia-domke.de) -> Lehrgänge





### Mund-zu-Mund-Propaganda als beste Werbung

Geworben hat die 65-jährige Praxisinhaberin für ihr Behandlungskonzept noch nie. „Die beste Werbung bleibt immer noch die Mund-zu-Mund-Propaganda“, freut sie sich. Sie erinnert sich an eine junge Mutter, die ihr erstes Kind per Kaiserschnitt zur Welt brachte. „Die Ärzte hatten ihr damals gesagt, ihr Becken sei zu schmal.“ In der zweiten Schwangerschaft kam sie zu Claudia Domke. Die Therapeutin stellte fest, dass der Bauch ganz schief war. Sie machte mit ihr individuelle Übungen, die zur Geburt intensiviert wurden – „wie ein Laken, das früher immer gereckt werden musste, bevor es zusammengelegt werden konnte“. Ihr zweites Kind sei auf normalem Wege zur Welt gekommen – „nach nur zwei Stunden“, erzählt Domke strahlend.

### Hebammen erhalten zu wenig Wertschätzung

Ärgerlich wird die Physiotherapeutin, wenn sie über die heutige Situation der Hebammen nachdenkt.

*„Wir steuern immer stärker auf eine Gesellschaft zu, die die Leistungen bestimmter Berufsgruppen einfach nicht mehr genug wertschätzt“,*

beklagt sie. Die Hebammen gehörten eindeutig zu dieser Gruppe. Obwohl sie so eine wichtige Stütze für Schwangere und Mütter seien, erhielten sie ungleich viel weniger Geld und Anerkennung als Ärzte. „Doch wer harrt stundenlang bei der werdenden Mutter aus, der Arzt oder die Hebamme?“, fragt die Therapeutin.

### Kombination von Gynäkologie und Orthopädie bleibt eine spannende Sache

Ans Aufhören denkt Claudia Domke noch lange nicht. Sie ist nach wie vor mit Leib und Seele bei ihrer Arbeit und wünscht sich, dass sich mehr Kollegen für die Kombination von Gynäkologie und Orthopädie begeistern mögen. Voraussetzung ist sowohl eine ständige Weiterbildung in der Manuellen Therapie als auch gynäkologische Praktika und spezielle Kurse für Probleme im Beckenbodenbereich, wie sie die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie (GGUP) im ZVK anbietet. Claudia Domke verspricht: „Die Arbeit mit den werdenden Müttern bleibt wirklich eine spannende Sache!“ ■ [ks]

## Steckbrief

Claudia Domke wurde 1952 in Bonn geboren. 1972 schloss sie ihre Ausbildung als Krankengymnastin in Erlangen ab. 1979 eröffnete sie ihre erste Praxis in Duisburg-Rheinhausen und 1984 ihre Praxis in Kelheim. Nach deren Verkauf eröffnete sie 2007 ihre Privatpraxis für Physiotherapie in Nittendorf bei Regensburg. Parallel zu ihrer Praxis unterrichtet Claudia Domke seit 1985 bzw. 1987 an den Krankengymnastikschulen in Ingolstadt und Bad Abbach. Seit 1985 betreut sie die Physiotherapieschüler in der Gynäkologie. Im Rahmen dieser Arbeit und auch während ihres Praktikums in der Gynäkologie entwickelte sie 2010 mit dem „Dock On®“ ihr eigenes Behandlungskonzept, eine manuelle Therapie.



## Privatpraxis für Physiotherapie Claudia Domke • Nittendorf

Bergstraße 24  
93152 Nittendorf  
Telefon: 09404 - 50 44 71  
Mail: cdomke@claudia-domke.de  
www.claudia-domke.de

# Die Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte

Einfach wissen, wie es geht

Die neue Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte gilt seit dem 1. Juli 2017 und bietet Zahnärzten und Therapeuten neue Möglichkeiten, Patienten mit Heilmitteln zu versorgen. Dabei hat der G-BA die neue Heilm-RL ZÄ an vielen Stellen genauso abgefasst, wie Therapeuten das aus der ärztlichen Heilm-RL kennen. Größere Veränderungen gibt es dagegen beim Verordnungsformular und dem Heilmittel-Katalog Zahnärzte.

Im Gegensatz zu Therapeuten kennen sich Zahnärzte mit den neuen Regeln ihrer Heilm-RL überhaupt nicht aus. Deswegen lohnt es sich, einen genauen Blick auf die Heilm-RL Zahnärzte zu werfen, Aufbau, Inhalt und Struktur genau unter die Lupe zu nehmen und sich zu überlegen, wie man auf Basis der neuen Heilm-RL ZÄ die Zusammenarbeit mit den Zahnärzten optimal gestalten kann.

Sorgen Sie dafür, dass die Kommunikation mit Ihren Zahnärzten klappt, Patienten angemessen versorgt werden und unnötige Absetzungen durch Krankenkassen vermieden werden.

## Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar:

- ▶ kennen Sie die Regelungen der neuen Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte
- ▶ wissen Sie, wie eine gültige Verordnung ausgestellt sein muss
- ▶ kennen Sie die Quellen, in denen Sie bei Fragen nachschlagen können
- ▶ wissen Sie, wie Sie eine ungültige Verordnung korrigieren können
- ▶ kommunizieren Sie zielorientiert mit den ausstellenden Zahnärzten
- ▶ können Sie Zahnärzte bei der Ausstellung von Verordnungen unterstützen
- ▶ wissen Sie, wie Sie neue Zuweiser für Heilmittelverordnungen gewinnen können

### Zielgruppe

Logopäden und Physiotherapeuten, Rezeptionsfachkräfte, leitende Angestellte, Praxisinhaber und alle für die Abrechnung zuständigen Personen

### Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



## Referentin Jenny Lazinka

Jenny Lazinka hat Physiotherapie und Betriebswirtschaft studiert und ist seit über 5 Jahren im Produktmanagement bei buchner beschäftigt. Hier ist sie maßgeblich für die redaktionelle Bearbeitung der von buchner veröffentlichten Ausgaben der Heilmittel-Richtlinien, sowohl für den ärztlichen als auch für den zahnärztlichen Bereich zuständig. Darüber hinaus hat sie zahlreiche Beiträge zum Thema ICD-10, ICF und Abrechnung mit Gesetzlichen Krankenkassen veröffentlicht und gehört zur Redaktion von up|unternehmen praxis. Seit mehreren Jahren hält sie im Rahmen von Seminaren und Kongressen Vorträge zu diesen Themen.

## Termine

15.12.2017 in Leipzig

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 oder  
[info@buchner-consulting.de](mailto: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.



Meine Hände verdienen optimale Behandlung



Neu und  
exklusiv bei  
**buchner**

**Eine Massagelotion soll nicht nur die Haut des Patienten pflegen, sondern auch die Hände des Therapeuten schützen**

Die NAQI-Massagelotionen wurden zusammen mit Dermatologen speziell für therapeutische Massagen entwickelt. Optimale Gleitfähigkeit für verschiedene Massagetechniken wird von NAQI bestens kombiniert mit höchstem Schutz für die Haut, insbesondere für die hohen Anforderungen an Therapeutenhände.

Mehr Informationen und aktuelle Einführungsangebote unter [www.buchner-shop.de/NAQI](http://www.buchner-shop.de/NAQI)