

Umsatzsteigerung in der Praxis für Ergotherapie als Mittel der Existenzsicherung

Beschreibung der Entwicklung in den letzten Jahren

Der Boom neuer Praxen für Ergotherapie ist nach wie vor ungebrochen. Die Zahl der Praxen insgesamt liegt bei über 2000, soweit sie dem DVE bekannt sind. Dazu kommen noch eine unbekannte Zahl an Praxen, deren Inhaber nicht im DVE organisiert sind und die sogenannten Institutionspraxen, die von einer privaten Firma oder einer Wohlfahrtsorganisation geführt werden. Im Januar 1999 gab es 1394 Praxen (1691 Zugelassene), Januar 2000 1659 (2025 Zugelassene) und Januar 2001 schon 2007 Praxen (2437 Zugelassene). Gegenüber dem Vorjahr also eine Steigerung von 20 %, ein Trend, der ungebrochen seit 1997 besteht.¹

Die Zahl der Neugründungen täuscht jedoch darüber hinweg, dass die Zeiten für Praxeninhaber schwerer geworden sind.

Lag das Hauptaugenmerk bisher darauf, die Phase der Existenzgründung und die Konsolidierungsphase glücklich zu überstehen, rückt die Existenzsicherung immer mehr in den Mittelpunkt und wird zu einem Prozeß, der von der therapeutischen Arbeit der Inhaber Zeit und Energie abzieht.

Diese Entwicklung wird auch von den Wirtschaftsministerien des Bundes und der Länder erkannt. Waren vor Jahren nur Erleichterungen für die Finanzierungsphase vor der eigentlichen Existenzgründung zu bekommen (Stichtag war das Datum der Unterschrift unter den Mietvertrag), werden heute auch Unterstützungen für eine zweite Existenzgründung und Existenzsicherungsmaßnahmen bedacht. Werden zum Beispiel innerhalb von zehn Jahren nach der Existenzgründung die gemieteten Praxisräume käuflich erworben, gewährt die Kreditanstalt für Wiederaufbau einen Kredit mit einem geringfügig niedrigerem Zins¹.

Es gibt verschiedene Gründe, warum die Existenzsicherung immer notwendiger wird, ohne dass ein einzelner Grund den Schlüssel zur schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation besitzt.

- Seit Jahren werden wir Praxeninhaber von politischen Entscheidungen betroffen, die wir nicht initiiert haben, deren Auswirkungen wir jedoch immer wieder zu spüren bekommen; meist in Form von Verunsicherung der Ärzte und damit einher gehendem (zeitweiligen oder dauerhaftem) Verordnungsrückgang. Als Stichwörter sind angeführt: Gesundheitsstrukturgesetz, Budgetierung der Ärzte, Regelforderungen von Seiten der Krankenkassen und die in ihrer Wirkung noch nicht einschätzbare neue Heilmittelrichtlinie.
- Die zahlenmäßige Zunahme neuer Praxen zum Teil ungeachtet der Standortproblematik. Offensichtlich wird die Standortanalyse von vielen Existenzgründern noch nicht mit der nötigen Sorgfalt gemacht, um soweit vorhersehbar, die neue Praxis in ihrer Existenz für einen längeren Zeitraum zu si-

¹ Weitere Informationen bekommen Sie von folgenden Adressen:

- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 30 02 65, 53182 Bonn, Tel.: 0228/615-4171; Email: buero-li@bmwi.bund.de, www.bmwi.de oder
- Wirtschaftsministerium ihres Bundeslandes (Landesförderprogramme)
- Deutsche Ausgleichsbank (DtA), Ludwig-Erhard-Platz 1-3, 53179 Bonn, Tel.: 0228/831-0; Email: über Homepage; www.dta.de
- Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), Palmengartenstraße 5-9, 60325 Frankfurt, Tel.: 069/7431-0; Email: iz@kfw.de; www.kfw.de
- Landesbanken wie z.B. Bürgschaftsbanken.

Bei Landesförderprogrammen sind jeweils die Landesbanken (Adressen über die Wirtschaftsministerien der einzelnen Bundesländer) zuständig, in dessen Bundesland sich die Praxis befindet. Kredite werden in der Regel nur über die Hausbanken gewährt.

chern. Dies schadet auch den schon etablierten Praxen, wenn nach der Devise *da wo schon mehrere Praxen existieren können, kommt es auf eine weitere nicht an*, gesättigte Standorte überlastet werden und gute Standorte nach wie vor brach liegen.

- Die Konkurrenz nimmt aus verschiedenen Gründen zu. Zum einen steigt die Zahl der wirtschaftlich potenten ambulanten Rehasentren mit dem Konzept, alles aus einer Hand. Zum zweiten haben auch die Wohlfahrtsorganisationen den Markt der Heilmittel entdeckt und können neben einem Imagevorteil auch auf gute Verbindungen zur Politik und den Kostenträgern bauen. In den Fällen, wo durch die Kostenträger höhere Preise für die therapeutischen Leistungen gewährt werden oder von Sozial- und / oder Gesundheitsministerien Gelder zum Teil in Millionenhöhe als nicht rückzahlbare Zuschüsse gewährt werden, führt dies zu eklatanten Wettbewerbsverzerrungen.
- Das Mißverhältnis zwischen dem Gesamtaufwand der Praxen und dem Ertrag hat sich in den letzten Jahren ebenfalls deutlich verschlechtert. Immer mehr Verwaltungsarbeiten der Krankenkassen müssen von den Praxen übernommen werden, ohne dass diese dafür angemessen diesen Mehraufwand vergütet bekommen. Die Einziehung des Eigenanteils ist eine Arbeit der Kostenträger, die wir mittlerweile wie selbstverständlich übernehmen. Die Einführung der maschinenlesbare Abrechnung hatte die Folge, dass neue Verwaltungsprogramme für die Praxen gekauft oder Abrechnungsfirmen (für ein Honorar) mit der Abrechnung beauftragt wurden. Der Eintrag des Bruttogesamtwertes auf dem Rezeptvordruck ist zwar nur eine Sekundenarbeit, zeigt aber auch, wie dies die Kassen entlastet und uns damit belastet. Ein höherer Zeitaufwand ist mit dem Verfassen von Berichten verbunden, einer Arbeit, die von vielen Ärzten zur Bedingung gemacht wurde für die Neuausstellung eines Rezeptes. Auch wenn dieser Bereich mit der Einführung der Heilmittelrichtlinie wegfällt, wird der Zeitaufwand nicht geringer, denn es muß dann bei jedem Patienten (nicht nur im Bereich Pädiatrie) eine Rückmeldung an den Arzt erfolgen, die uns zeitlich (Ausfüllen der Rückmeldung) und finanziell (Porto, Telefongebühren) mehr in Anspruch nimmt.
- Der enger werdende Heilmittelmarkt insgesamt führt ebenfalls zu einer erschwerten Situation. War es in der Vergangenheit nicht allzu schwierig, auch bei anderen Heilmittelerbringern wie Krankengymnasten und Logopäden zu „wildern“, ist dies heute nicht nur schwieriger, sondern kann auch dazu führen, dass wir die angestammten Bereiche der Ergotherapie gegen andere Heilmittelerbringer stärker verteidigen müssen. Auch der Versuch anderer Berufsgruppen wie Pädagogen, am Kuchen der Heilmittel mit zu essen (Sprachheilpädagogen haben es in einem Bundesland geschafft, wie Logopäden über die Krankenkassen abrechnen zu können), gehört zu dieser Problematik.

Der Verfasser will mit dieser Äußerung nicht als Ketzler erscheinen. Die veränderte Situation, die das Wagnis der Existenzgründung im ergotherapeutischen Bereich nicht leichter macht sondern die Hürde höher hängt, kann auch den positiven Effekt der Trennung von Spreu und Weizen haben. Ist der Schritt in die Selbständigkeit zu leicht oder das verantwortungsvolle Führen einer Praxis mit geringem Aufwand nebenbei zu erledigen, untergräbt es auf Dauer die Professionalisierungsbemühungen aller, die den Stellenwert der ambulanten Ergotherapie und damit der Ergotherapie insgesamt verbessern wollen.

Dass die oben statt gefundene Analyse keine subjektive pessimistische Einschätzung des Autors ist zeigt eine Fragebogenaktion der Geschäftsstelle und des Referates Praxen aus dem Jahr 2000.ⁱⁱ

In Bezug auf die Umsatzentwicklung der Praxen zeigt sich zusammenfassend folgendes Bild: Obwohl bisher keine Praxis aus wirtschaftlichen Gründen schließen mußte, gab es in einzelnen KV²-Regionen erhebliche Rückgänge. Namentlich sind dies Berlin, Niedersachsen, Westfalen, Pfalz (besonders Koblenz), Saarland und Nordwürttemberg. Relativ wenig betroffen waren die neuen Bundesländern, in denen es aber im Vergleich zu den alten Bundesländern eine deutliche Unterrepräsentation ergotherapeutischer Praxen gibt.

Von den drei abgefragten Standortstrukturen (ländlich, kleinstädtisch oder städtisch) sind besonders negativ die kleinstädtischen Praxen betroffen. Dort gab es in den besonders betroffenen Regionen einen Umsatzrückgang bei 45 % der Ergotherapiepraxen (zum Vergleich 25 % Rückgang bei den ländlichen und 28 % Rückgang bei den städtischen).

Bei den „Überlegungen zu Ursachen“ des Umsatzrückganges wird als Erklärung unter anderem und in erster Linie die unterschiedliche Politik und damit die unterschiedliche Informationspolitik der kassenärztlichen Vereinigungen genannt. Diese Erklärung deckt sich weitgehend mit den Rückmeldungen der Praxeninhaber auf den Mitgliederversammlungen des Fachkreises Praxen. Einmal brennt es in der Ecke, in einem halben Jahr in einer anderen Ecke. Einmal ist in einer KV-Region jahrelang eine relative Ruhe zu verzeichnen, dann kommen die Probleme plötzlich und sehr massiv.

Leider hilft diese Beschreibung den Praxeninhabern nur wenig, da die individuellen Einflußmöglichkeiten auf die örtliche KV nur gering sind. Die Arbeit auf politischer Ebene muß mehr die Aufgabe eines starken Verbandes sein, wobei zukünftig der Stärkung der Landesgruppen des DVE zur Durchsetzung unserer Interessen auch gegenüber den kassenärztlichen Vereinigungen eine größere Bedeutung zukommen muß.

Warum Existenzsicherung?

Die Existenzsicherung ergibt sich wie selbstverständlich aus folgenden Hauptaspekten:

1. Die Existenzsicherung für den Praxeninhaber und seiner Familie folgt aus der wirtschaftlichen Abhängigkeit von der Praxis. Dazu kommt, dass es im Falle des Scheiterns meist keine reelle Alternative gibt. Wenn die rückläufige Zahl der Stellenangebote in den Fachzeitschriften gleichzusetzen ist mit einem geringeren Stellenangebot insgesamt ist es naturgemäß schwierig, wieder im Angestelltenbereich Fuß zu fassen. Abgesehen davon kann die Bezahlung mit dem Erlös aus einer Praxis und den damit gestiegenen Bedürfnissen in der Regel nicht Schritt halten.
2. Neben der Verantwortung für die eigene Existenz hat jeder Praxeninhaber auch die Verantwortung für die Sicherung der von ihm geschaffenen Arbeitsplätze. Die Professionalisierung in der Praxis für Ergotherapie, die in den 21 Jahren, seitdem es ergotherapeutische Praxen gibt, immer höher wurde, zeigt sich unter anderem auch darin, dass im Laufe der Zeit der Anteil der Arbeitsstellen in ergotherapeutischen Praxen immer höher wurde. Um die quantitative Bedeutung der ambulanten Ergotherapie richtig zu würdigen, darf nicht nur die Zahl der ergotherapeutischen Praxen gesehen werden, sondern muß hinzugerechnet werden, dass die ersten Praxen in der Regel nur für die Inhaber da waren, im Jahr 1998 auf jeden Inhaber schon 3,3 Mitarbeiter kamen, hochgerechnet auf Vollzeitstellen immerhin 2,2.ⁱⁱⁱ
3. Die meisten Praxen dürften mittlerweile so konzipiert sein, dass sie für eine bestimmte Behandlerzahl geplant und kalkuliert sind. Eine Reduzierung des Personals durch Entlassung zur Sicherung der

² KV = kassenärztliche Vereinigung

Praxis und damit zur Sicherung der Existenz des Inhabers ist nur bedingt möglich. Wenn die laufenden Kosten der Praxis nicht zu verringern sind und nur mit einer Mindestzahl an Therapeuten der wirtschaftlich sinnvolle Betrieb möglich ist, muß alles dafür getan werden, diese Grundsicherung zu erhalten und darüber hinaus ein Polster für Umsatzschwankungen zu haben.

Der Umsatzrückgang im Jahr 2000 führte nicht zu einem Rückgang der Vollzeitstellen, sondern zu einer Zunahme. Wahrscheinlich ist dieser Zuwachs auf die zeitgleiche Reduzierung der Zahl der freien Mitarbeiter zurückzuführen. Ein Umsatzrückgang ist jedoch für die Mitarbeiter in ergotherapeutischen Praxen eine Bedrohung, der es entgegen zu wirken gilt.

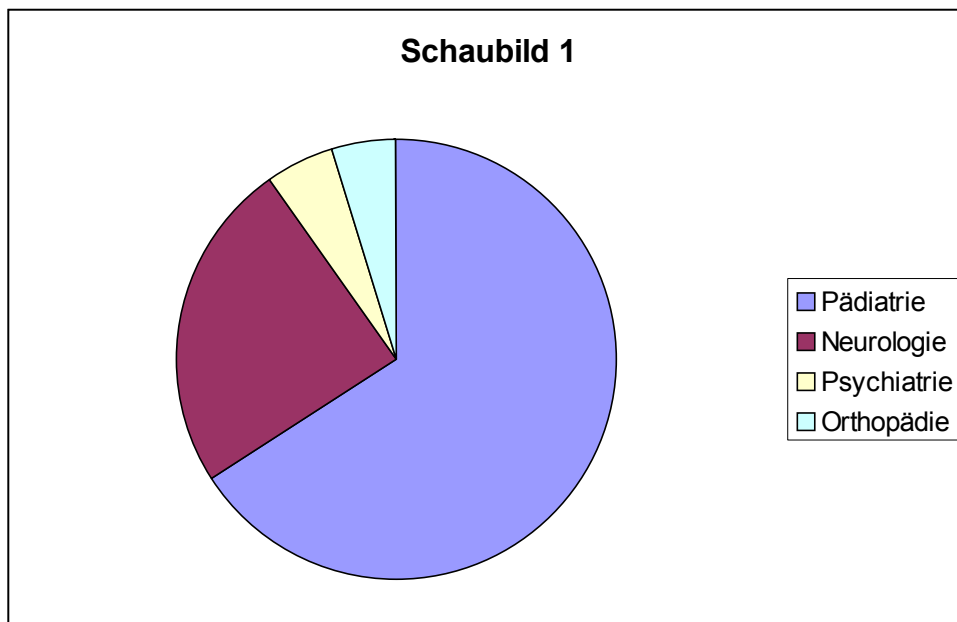
Wie ist eine durchschnittliche Ergotherapiepraxis strukturiert ?

Über die Verteilung der Arbeitsschwerpunkte in einer durchschnittlichen Ergotherapiepraxis gibt es verlässliche Daten durch eine Umfrage des Fachkreises Praxen aus dem Jahr 1994.^{iv}

Prozentualer Anteil Pädiatrie (Arbeitsschwerpunkt) -----	65,7 %
Prozentualer Anteil Neurologie (Arbeitsschwerpunkt) -----	24,7 %
Prozentualer Anteil Psychiatrie (Arbeitsschwerpunkt) -----	5,0 %
Prozentualer Anteil Orthopädie (Arbeitsschwerpunkt) -----	4,6 %

Dass diese Umfrage auch auf das Jahr 2001 zu übertragen ist zeigt die Tatsache, dass bei der Wiederholung eines Teils dieser Umfrage im Jahr 1996^v die prozentualen Angaben vor dem Komma nicht differierten.

Das Ungleichgewicht in der Verteilung zeigt sich am besten im Kreisdiagramm:



Selbstverständlich ist eine Statistik ein sehr abstraktes Instrument, um die Struktur einer durchschnittlichen Praxis für Ergotherapie zu skizzieren.

Die Umfrage brachte hervor, dass neben zahlreichen Praxen, die ausschließlich Kinder behandeln auch Praxen existieren, die eine ausgewogene Verteilung zwischen erwachsenen Patienten und Kindern auf-

weisen. Ganz wenige Praxen haben sich auf die Handtherapie spezialisiert und firmieren neben Ergotherapie als Praxis für Handtherapie. Ebenfalls sehr wenige Praxen, davon ein deutlicher Anteil in den neuen Bundesländern, behandelt überwiegend psychiatrische Patienten.

Es war nicht Bestandteil der damaligen Umfrage, Praxisgröße und/oder Mitarbeiterzahl in Verbindung mit der Praxisstruktur zu bringen. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Praxen, die zu mehr als 50 % psychiatrische oder orthopädische Patienten behandeln, eher zu den kleineren Praxen gehören. Überdurchschnittlich große Praxen bieten mit Sicherheit im wesentlichen die Bereiche Pädiatrie und Neurologie an entsprechend der oben gezeigten Statistik, auch wenn die Prozentzahlen differieren. Aufgrund von Rückmeldungen einzelner Praxeninhaber ist zu vermuten, dass der Anteil Orthopädie (1994 und 1996 unter 5 %) leicht gestiegen ist.

Zur Zahl der von den Praxen gemachten Hausbesuche ist lediglich bekannt, dass unter anderem im Bereich Pädiatrie Hausbesuche gemacht werden. Es dürfte sich dabei um „Hausbesuche“ in Kindergärten und Schulen, eventuell auch in Heimen handeln. Zahlenmäßig doppelt so viel Hausbesuche werden im Bereich Geriatrie gemacht. Geht man davon aus, dass der Anteil Nicht-Pädiatrie, der bei ca. 35 % liegt, erwachsene Patienten aller Altersgruppen beinhaltet, geriatrische Patienten also nur eine Untergruppe darstellen, deren prozentualen Anteil wir nicht kennen, wird klar, dass beim Vergleich der absoluten Zahlen der Hausbesuche (3056 im Bereich Pädiatrie, 6732 im Bereich der Geriatrie) der prozentuale Anteil Hausbesuche im geriatrischen Bereich eine vielfach größere Bedeutung hat als bei Kindern.

Zur Mitarbeiterstruktur wurden bereits Angaben gemacht. Im Durchschnitt beschäftigt jeder Praxeninhaber (statistisch gesehen) 3,3 therapeutische Mitarbeiter (Vollzeit und Teilzeitkräfte), reduziert auf Vollbeschäftigung hatte jeder Inhaber 2,2 Vollzeitstellen in seiner Praxis geschaffen. Die Zahl der ergotherapeutischen Mitarbeiter in den Praxen für Ergotherapie hat bis zum Jahr 2000 sogar noch mehr zugenommen, wie dem Ergebnis der obengenannten Fragebogenaktion zu entnehmen ist. Allerdings geht daraus nicht hervor, wie groß die Zahl im Detail ist, so dass sich auch keine Aussage darüber machen lässt ob der Zuwachs, der zwischen 1994 und 1998 220 % betrug, in den beiden folgenden Jahren mit gleicher Stärke anhielt (das hätten dann 110 % sein müssen), oder ob die Zuwachsrate sich abgeschwächt hat, was allein auf Grund der geringeren Zahl der Stellenangebote in den Fachzeitschriften zu vermuten ist.

Immerhin 1/3 der Praxen (37,50 %) beschäftigte eine oder mehrere Bürokräfte, was auf eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Praxisgröße schließen lässt. Neben der Funktion als praktisch tätiger Therapeut sind die meisten Inhaber mittlerweile auch Arbeitgeber mit der damit verbundenen Verantwortung.

Eine noch geringe Rolle spielte die Beschäftigung anderer Heilmittelerbringer zum damaligen Zeitpunkt. Es ist auch nichts darüber bekannt, ob dieser Anteil sich mittlerweile nach oben oder unten geändert hat. Lediglich 4,97 % der ergotherapeutischen Praxen beschäftigten einen oder mehrere Krankengymnasten und nur 2,23 % einen oder mehrere Logopäden.

Lösungsansätze zur Existenzsicherung

Umsatzsteigerung durch mehrere Standbeine in der Ergotherapiepraxis

Umsatzsteigerung bedeutet nichts anderes als mehr Praxisumsatz durch Erweiterung der Geschäftsfelder innerhalb der vorhandenen Praxis oder außerhalb.

Der ausführliche Analyse- und Statistikteil soll zeigen, dass ein erheblicher Teil der Praxen lediglich ein Standbein hat oder der wirtschaftliche Erfolg auf zwei oder mehr ungleich starken Säulen ruht.

Der wichtigste Ansatz zur Stabilisierung der Existenz liegt darin, die schwächeren Standbeine zu stärken und in ihrem Umsatz dem stärksten Standbein anzugleichen. Der Vorteil liegt darin, dass durch einen höheren Umsatz nicht nur die Gewinnsituation verbessert wird, sondern die Praxisräume besser ausgelastet werden können. Nimmt man zum Standbein Pädiatrie die Bereiche Neurologie und/oder Orthopädie hinzu, besteht die Möglichkeit, die oft geringere Auslastung am Vormittag oder späten Abend zu verbessern. Diese Patientengruppe ist meist krank geschrieben und daher eher in der Lage, Vormittagstermine wahrzunehmen. Berufstätige Patienten wissen es zu schätzen, wenn auch am Abend Therapietermine möglich sind, die oft für Schulkinder zu spät liegen. Mittel und langfristig bietet die Kombination Pädiatrie, Neurologie und Orthopädie den Vorteil, Rückgänge in einem Bereich durch die Aufstockung in einem anderen Bereich zu kompensieren. Geht in einer rein pädiatrisch orientierten Praxis der Umsatz zurück, ist es ungleich schwerer, einen weiteren Therapiebereich aufzubauen und sich damit bekannt zu machen. Voraussetzung für eine praxisinterne Schwerpunktverschiebung ist die breite Qualifikation des oder der Praxisinhaber und (einzelner) Mitarbeiter, um ein hohes Qualitätsniveau zu halten.

Umsatzsteigerung auf Kosten der Qualität rächt sich immer und muss in jedem Fall vermieden werden.

Eine mittel- bis langfristige Strukturplanung der Praxis berücksichtigt dieses Problem. Entweder erweitert der Praxeninhaber sein Therapiespektrum durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen oder er baut Mitarbeiter für den neu hinzukommenden Bereich auf und fördert ihre berufliche Qualifikation. Eine weitere Möglichkeit ist die gezielte Einstellung neuer Mitarbeiter, die die gewünschte Qualifikation besitzen. Im Bereich Orthopädie bietet sich z. B. die Möglichkeit an, Ergotherapeuten, die in einer orthopädischen Klinik arbeiten, auf der Basis einer geringfügigen Beschäftigung einzustellen um Berufstätige in den Abendstunden behandeln zu können.

Sind für die Erweiterung der Geschäftsfelder Investitionen nötig, können dafür im Rahmen der Existenzsicherungsprogramme des Bundes und der Länder, zinsgünstigere Darlehen in Anspruch genommen werden, wenn die Bedingungen dafür erfüllt sind.

Die Verlängerung der Öffnungszeiten beschränkt sich nicht nur auf die Abendstunden, auch am Samstag Halb- oder Ganztags kann bei Bedarf behandelt werden. Voraussetzung ist die Bereitschaft der Patienten, am Samstag zu kommen und Mitarbeiter, die (eventuell neben einer anderen Stelle) gewillt sind, an diesem Tag zu arbeiten. In Krankengymnastik- oder Massagepraxen ist dies nicht unüblich.

Sind die Praxisräume dazu geeignet, besteht die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit Patientengruppen gezielte Gruppenangebote zu machen und über die Kassen abzurechnen. In erster Linie kommen dafür in Betracht die Rheuma-Liga, Parkinson-Vereinigung, Amsel (Selbsthilfegruppe der MS-Erkrankten) oder weitere Vereinigungen. Hirnleistungstraining bei weniger stark beeinträchtigten Patienten kann ebenfalls in der Gruppe gemacht werden.

Hausbesuche als Möglichkeit der Umsatzsteigerung

Die Erweiterung der Hausbesuche ist die wohl kostengünstigste Möglichkeit, den Umsatz der Praxis zu steigern. Im Bereich Neurologie kann dies auch zur Stabilisierung dieses Bereiches führen, da Schlaganfallpatienten die Patientengruppe mit dem höchsten Bedarf an Hausbesuchen ist. Irrtümlicherweise gehen viele Praxeninhaber davon aus, dass sich Hausbesuche finanziell nicht lohnen. Werden diese nur halbherzig gemacht, ist die Annahme eine selbsterfüllende Prophezeiung. Werden Hausbesuche dage-

gen professionell geplant und durchgeführt, ergibt sich daraus ein hohes Steigerungspotenzial. Wenn zuvor beschrieben wurde, dass Hausbesuche kostengünstig sind, bezieht sich das darauf, dass einerseits keine zusätzlichen Investitionen nötig sind, wenn Mitarbeiter mit ihrem privaten PKW unter Erstattung eines Kilometergeldes die Hausbesuche durchführen, andererseits das Therapieangebot einer ausgelasteten Praxis deutlich erweitert werden kann. Führt der Inhaber selbst die Hausbesuche durch, besteht die Möglichkeit, die Kosten des (privaten) PKW durch führen eines Fahrtenbuches zu einem höheren Prozentsatz als Praxiskosten abzusetzen. Dringend zu beachten ist, dass im Rahmen der Fürsorgepflicht der Praxeninhaber für selbstverschuldete Schäden am PKW der Mitarbeiter haftet. Die Kostenersatzung einer Vollkaskoversicherung befreit nicht von diesem Risiko, sondern führt dazu, dass diese Versicherung in jedem Fall den Inhaber in Regress nimmt, sofern es sich um eine Dienstfahrt handelt. Da das Risiko sich in fünfstelliger Größenordnung bewegen kann, muss in jedem Fall eine *Dienstreisekaskoversicherung* abgeschlossen werden, die mit circa 1300 DM / Jahr zu Buche schlägt und einkalkuliert werden muss.

Das Umsatzsteigerungspotenzial kann in günstigen Fällen bis 100 % und mehr betragen. Ich gehe im folgenden von folgenden Hausbesuchsmöglichkeiten aus:

- Hausbesuche in Privatwohnungen
- Hausbesuche in Altersheimen
- Hausbesuche in Behindertenheimen

Die bis heute in unterschiedlichem Ausmaß gemachten „Hausbesuche“ in Kindergärten und (Sonder-) Schulen finden keine Berücksichtigung, weil die Anerkennung als Hausbesuch von immer mehr Kassen versagt wird. Ergotherapeutische Behandlungen als Hausbesuch sind nur im Wohnumfeld des Patienten mit Erstattung der Fahrtkosten und der Hausbesuchspauschale möglich.

Als Berechnungsgrundlage für die Kalkulation von Hausbesuchen gelten folgende Annahmen:

- Je mehr Hausbesuche in einem bestimmten Einzugsgebiet gemacht werden, desto kürzer wird die Wegstrecke.
- Je kürzer die Fahrzeit zwischen den Hausbesuchen, umso mehr Behandlungen können gemacht werden.
- Je mehr Hausbesuche von einer Praxis gemacht werden, umso flexibler ist der Mitarbeiterereinsatz möglich.

Kalkulationsbeispiel: Ein Mitarbeiter Vollzeit für Hausbesuche;

8 Hausbesuche / Tag

40 Hausbesuche / Woche

160 Hausbesuche / Monat

VdAK-Preise: 54103 / Einheit = DM 64,95 und 59901 / Einheit = DM 16,60

Vergütung pro Hausbesuch = DM 81,55

Kilometergeld bzw. Wegegeldpauschale fließt dem Mitarbeiter zu.

Zusätzlicher Umsatz 160 x DM 81,55 = DM 13048,00

Multipliziert man dann diesen Monatsumsatz mit 10, kommt man auf einen Jahresumsatz von ca. DM 130.000. Selbstverständlich sind in dieser Berechnung keine Ausfälle berücksichtigt und die effektive Arbeitszeit des Mitarbeiters unter Abzug von Urlaub, Fortbildung und Krankheit mit 200 Arbeitstagen / Jahr sehr günstig gerechnet. Aber auch unter Abzug von 10 % Ausfällen bleiben DM 117.000,00 zusätzlicher Jahresumsatz, bei 20 % minus immer noch DM 104.000,00.

Bei zwei Mitarbeitern Vollzeit nur für Hausbesuche wird der Umsatz doppelt so hoch, bei drei Mitarbeitern entsprechend mehr.

Die Kalkulation bei überwiegendem Einsatz in einer sozialen Einrichtung verändert sich entsprechend.

Die Hausbesuchspauschale wird nur für einen Patienten gewährt, für alle weiteren in der gleichen sozialen Einrichtung und am gleichen Tag circa die Hälfte (VdAK DM 8,05). Durch den Wegfall der Wegstrecke von einem Patienten zum anderen sind mehr Behandlungen möglich und damit ein Ausgleich gegeben zur verminderten Hausbesuchspauschale.

Schaubild 2 zeigt den Zusammenhang zwischen Zahl der Hausbesuche und Wegstrecke bzw. Wegezeit. Bei mehr Hausbesuchen liegen die einzelnen Ziele näher beieinander mit dem Vorteil, dass pro Arbeitsblock (= halber Tag) weniger Zeit mit der Fahrt von einem Patienten zum anderen verloren geht.

Schaubild 3 zeigt ein grafisches Beispiel, wie das Einzugsgebiet einer Praxis erweitert werden kann, wenn der Praxeninhaber oder Mitarbeiter entfernt der Praxis wohnen und vom Wohnort aus Hausbesuche durchführen.

Beachten Sie bitte bei dieser Konstellation, dass die Kassen das Wegegeld nur bis zur nächstgelegenen Praxis erstatten müssen.

Im letzten Rechenbeispiel zum Thema Hausbesuche wird deutlich, wie durch die Reduzierung der Fahrtzeit der Umsatz optimiert werden kann.

Bei 33 Zeitstunden Hausbesuche pro Woche ergeben sich folgende Vergleichszahlen:

33 Therapieeinheiten 54103 + 33 Hausbesuchspauschalen bei 15 min Wegezeit = DM 2691,15
36 Therapieeinheiten 54103 + 36 Hausbesuchspauschalen bei 10 min Wegezeit = DM 2935,80
39 Therapieeinheiten 54103 + 39 Hausbesuchspauschalen bei 05 min Wegezeit = DM 3180,45

Mehr Sicherheit durch zweiten Standort

Die Möglichkeit, Behandlungen in Einrichtungen als Hausbesuch abzurechnen, in denen die Patienten nicht wohnen, wird durch die Kassen mit Recht eingeschränkt. Die Alternative besteht oft darin, ohne Bezahlung der Hausbesuchspauschale weiterhin zu behandeln. Wird auf dem Rezept die Behandlung an einem anderen Ort als der Praxis oder dem Wohnort eines Patienten nicht erwähnt, können sich im Schadenfall versicherungsrechtliche Probleme ergeben. Bekanntermaßen haben gerade Praxen mit dem Schwerpunkt Pädiatrie eine oder mehrere dieser „Außenstellen“. Neben der geschilderten Problematik mit der Abrechnung und der Haftpflichtversicherung ergibt sich auch die Schwierigkeit, dass diese Standorte oft nicht sicher sind. Mitarbeiter, die in diesen Einrichtungen behandeln und eine eigene Praxis eröffnen oder die Praxis wechseln, können diesen Standort und die dort behandelten Patienten als ihr Besitzgut betrachten und konkurrieren mit dem ehemaligen Praxiseigentümer um diese Einnahmequelle. Neben der Möglichkeit, mit den Betreibern dieser Einrichtungen bilaterale Verträge zu schließen, die den Praxeninhaber verpflichten, ein regelmäßiges Therapieangebot zu machen, die Einrichtungen im Gegenzug verpflichten, ihre Räume nur der Vertragspraxis zur Verfügung zu stellen gibt es die Möglichkeit, Räume anzumieten.

Für Einzelpraxen ergibt sich daraus eine steuerliche Problematik. Für die zweite Praxis muss nach Maßgabe der Vertragskassen ein so genannter fachlicher Leiter eingesetzt werden. Für die Finanzämter bedeutet dies, dass der Praxeninhaber dort nicht freiberuflich tätig ist, sondern mit der Zweitpraxis gewerbliche Einkünfte hat. Diese Zweitpraxis unterliegt also der Gewerbesteuerpflicht. Gemeinschaftspraxen oder

Partnerschaftsgesellschaften haben dieses Problem nicht, da so viele Praxen betrieben werden können wie es Teilhaber an der Gesellschaft hat. Einzelne Praxeninhaber können zur Vermeidung der Gewerblichkeit den fachlichen Leiter der Zweigstelle auch als Teilhaber einbinden und beispielsweise bei einer Partnerschaftsgesellschaft die Mehrheit behalten und 10 oder 20 % Anteile abgeben. Dies geht selbstverständlich auch bei mehreren Standorten und fachlichen Leitern.

Worin liegt der Vorteil dieser Konstruktion? Mitarbeiter, auch fachliche Leiter, haben eine relativ kurze Kündigungsfrist. Diese kann zwar über die gesetzliche Vorgabe hinaus verlängert werden, was zumindest bei fachlichen Leitern dringend anzuraten ist. Dennoch ist die Identifikation mit dem Betrieb geringer als bei Teilhabern. Eine zweite Praxis hat neben der größeren Sicherheit den weiteren Vorteil, dass zum Ausgleich der anfallenden Mietkosten und dem Wegfall der Hausbesuchspauschale und des Wegegeldes externe Patienten behandelt werden können und so eine Umsatzsteigerung möglich ist. In Praxen mit einem hohen Anteil an Kindern besteht zusätzlich das Problem, dass durch die größere Zahl an Behandlungen am Nachmittag die Einstellung von Vollzeitmitarbeitern schwieriger ist, da eine 40 Stunden-Woche dort schwerer zu realisieren ist. Ein zweiter Praxisstandort mit mehr Kinderbehandlungen am Vormittag gibt so die Möglichkeit, diese Mitarbeiter länger und kontinuierlicher auszulasten.

Beschäftigung von Therapeuten aus anderen Heilmittelberufen

Eine in unserem Beruf geringe Rolle spielt die Beschäftigung von Physiotherapeuten und Logopäden. Die Vorteile liegen jedoch auf der Hand. In der Pädiatrie findet sich oft eine parallele Behandlung durch Logopäden und Ergotherapeuten; in der Neurologie ebenfalls mit Einschluss der Physiotherapeuten. Im Sozialgesetzbuch V heißt es in 3 SGB V § 125 „Ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln ist in einem weiteren Bereich zuzulassen, sofern er für diesen Bereich die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 3 und 4 erfüllt und eine oder mehrere Personen beschäftigt, die die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 und 2 nachweisen“.^{vi} Da die ambulante Versorgung durch Logopäden offensichtlich geringer ist kann durch ein entsprechendes Angebot auch für die ergotherapeutische Behandlung in der Praxis akquiriert werden. Manche Patienten oder Angehörige scheuen den Gang in mehrere Praxen und wollen alle Angebote aus einer Hand. Zur Standortsicherung in Regionen, in denen noch kein vollständiges Angebot an Heilmitteln vorhanden ist, hat dieser Weg den unschätzbaren Vorteil, Umsätze zu erzielen in Bereichen, die ansonsten von anderen Heilmittelerbringern abgeschöpft werden. Gleichzeitig schreckt eine starke breitgefächerte Praxis andere Anbieter ab, in dieses Vakuum vorzustoßen.

Leider hat diese Lösung einige Nachteile, die nicht unerwähnt bleiben dürfen. Neben der zusätzlichen Investition, die sich daraus ergibt, dass die Behandlungsräume der Logopäden und Krankengymnasten den Vertragsbedingungen der jeweiligen Berufsverbände mit den gesetzlichen Krankenkassen³ angepasst sein müssen, haben wir auch hier die steuerliche Problematik mit der Gewerblichkeit. Hintergrund ist die Tatsache, dass wir auf Grund unserer Qualifikation nicht die fachliche Aufsicht über andere Heilmittelerbringer machen können und deren Arbeit deshalb als gewerbliche Tätigkeit gewertet wird.

Ein Lösungsweg, um nicht die Hauptpraxis auch gewerblich werden zu lassen, besteht möglicherweise darin, neben der freiberuflichen Praxis für Ergotherapie eine zweite gewerbliche Heilmittelpraxis am gleichen Standort zu betreiben.

³ Diese erhalten Sie von der Geschäftsstelle des DVE, wenn Sie vorhaben, eine interdisziplinäre Praxis zu betreiben

Änderungen der Gesellschaftsform, Eröffnung einer weiteren Praxis, Hinzunahme eines Partners und die Beschäftigung von Krankengymnasten und Logopäden muss deshalb immer im Voraus von einem kompetenten Steuerberater auf Steuerschädlichkeit geprüft werden.

Ergotherapie außerhalb der Kassenabrechnung

Ein in Praxeninhaberkreisen immer wieder auftauchendes Thema ist die Abgabe von ergotherapeutischen Leistungen ohne Rezept. Schon vor Jahren hat die damalige 1. Vorsitzende Clara Scheepers auf einer Mitgliederversammlung des Fachkreises Praxen geraten, diese Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Die Abhängigkeit von politischen Entscheidungen, der Budgetproblematik der Ärzte und der angespannten Finanzlage der Krankenkassen bedeuten für alle Praxeninhaber eine große Unsicherheit.

In Physiotherapiekreisen ist das Thema der rein privaten Leistungserbringung schon seit längerem Thema. Im Rahmen dieses Artikels müssen nicht-ergotherapeutische Leistungen zur Umsatzsteigerung jedoch unerwähnt bleiben.

Die Definition der ergotherapeutischen Leistung ist nicht abhängig vom Vorhandensein eines Behandlungsrezeptes. Dieses brauchen wir in erster Linie für die ärztliche Diagnose und die Abrechnung mit den Krankenkassen. Als ausgebildete und berufserfahrene Ergotherapeuten sind wir durchaus in der Lage, qualifizierte Behandlungen abzugeben und die Tragweite unseres Handelns abzuschätzen, auch wenn keine ärztliche Verordnung vorliegt. Leider gibt es zu diesem Thema noch sehr viel Unwissenheit und falsche Informationen.

In einem Gutachten aus dem Jahr 1999 hat sich Dr. jur. Boxberg im Auftrag des Fachkreises Praxen im DVE mit dieser Problematik beschäftigt.^{vii} Im Jahr 2000 wurde die Auswertung dieses Gutachtens an alle Praxeninhaber verschickt. Ohne diese Zusammenfassung im Detail wiedergeben zu wollen, soll ein wichtiger Satz daraus zitiert werden. „ Laut dem Gutachten darf ein Ergotherapeut so lange selbstständig arbeiten, wie die Tätigkeit kein ärztliches Fachwissen voraussetzt oder durch die Behandlung keinen Schaden für den einzelnen Hilfesuchenden oder die Allgemeinheit droht.“

Welches sind den nun Tätigkeitsfelder, in denen kein ärztliches Fachwissen vorausgesetzt wird und in denen die Klienten durch eine nicht vorhandene Diagnose nicht von Schaden bedroht sind?

Ein ganz aktuelles Beispiel ist die Behandlung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche (LRS). In einem kurzen Beitrag^{viii} weist die 1. Vorsitzende Reinhild Ferber mit Recht darauf hin, dass die Behandlung von LRS keine Indikation für die Ergotherapie ist. Es steht darin nicht, dass Ergotherapeuten zu dieser Behandlung nicht qualifiziert seien. Keine Indikation bedeutet lediglich, dass Lese-Rechtschreibschwäche keine medizinische Diagnose ist und deshalb nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden darf. Steckt hinter der LRS eine medizinische Diagnose wie Aufmerksamkeits- oder Wahrnehmungsschwächen, ist eine Abrechnung der Behandlung über die GKV⁴ nach wie vor möglich.

Die Behandlung der LRS durch Ergotherapeuten ist also bei entsprechender Qualifikation weiterhin möglich und muss nicht Pädagogen oder Psychologen überlassen werden. Lediglich die Kassenabrechnung geht nicht, eine Tatsache, die durch den erwähnten Beitrag nicht neu ist sondern lediglich in die Erinnerung zurückgerufen wurde. In der neuen Heilmittelrichtlinie ist dies so auch ausdrücklich erwähnt.

Die Betreibung eines therapeutischen Lese-Rechtschreibinstitutes durch Ergotherapeuten, für Praxeninhaber zum Beispiel parallel zur ergotherapeutischen Praxis, ist durchaus möglich und sinnvoll. Es muss

nur eine klare Trennung zwischen der Praxis für Ergotherapie und der LRS-Praxis vorliegen wie getrennte Räume, getrennte Praxisschilder und eigene Telefonnummern. Betreiber großer Praxen oder solche, die es werden wollen, sollten deshalb bei der Raumplanung und –anmietung darauf achten, dass eine spätere Trennung möglich ist, wenn aus Auslastungsgründen vielleicht die Ergotherapiepraxis verkleinert werden soll und ein weiteres Standbein dazukommt. Um die Kosten dennoch nicht aus dem Ruder laufen zu lassen, lässt sich die Verwaltung über die Bürofachkraft der Praxis machen. Bei einem ISDN-Telefonanschluß sind neben den zwei obligatorischen Telefonleitungen drei Telefonnummern dabei. Ohne Mehrkosten sind sieben weitere Telefonnummern, also insgesamt zehn Nummern möglich. Mit der entsprechenden Telefonanlage lassen sich diese Nummern beliebig auf ein Telefon bündeln und einzeln identifizieren. Mit der Möglichkeit der Rufumleitung können auch bei vollständig getrennten Telefonanlagen Anrufe verschiedener Stellen zeitweilig oder dauerhaft auf ein zentrales Büro umgeleitet werden. Selbstverständlich ist der Einsatz ergotherapeutischer Mitarbeiter sowohl in der Praxis als auch im LRS-Institut möglich. Um Steuerschädlichkeit in der LRS-Praxis durch die Einstufung als Gewerbebetrieb zu vermeiden, sollte eine Vorab-Klärung mit dem zuständigen Finanzamt stattfinden. Da die dort abgegebene Leistung wie in der Praxis eine therapeutische Leistung ist, handelt es sich um eine freiberufliche Tätigkeit, die sich lediglich durch die Kostenträger (GKV und Privatkassen gegen private Bezahlung) unterscheidet. Die Einstufung als Nicht-Gewerbebetrieb müssen Sie sich bei entsprechender Zusage schriftlich geben lassen.

Ein weiterer Vorteil dieser Doppel-Konstellation liegt darin, dass Kinder, deren Therapie zu Ende ist, aber immer noch eine LRS haben, im anderen Betrieb weiter behandelt werden können oder auffällige Kinder im LRS-Betrieb bei Verdacht auf eine medizinisch indizierte Problematik in die Praxis wechseln können (Therapie oder Befund).

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen noch weitere Möglichkeiten der Ergotherapie ohne Rezept erwähnt sein.

Angehörigenberatung bei Schlaganfällen bis hin zu richtigen Kursen für Angehörige auch mit Beteiligung anderer Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpfleger, Krankengymnasten, Logopäden) fallen darunter. Da diese Veranstaltungen in der Regel am Abend oder am Wochenende stattfinden, können die Praxisräume länger ausgelastet werden.

Die am Anfang erwähnten Gruppentherapien für Patientenselbsthilfvereinigungen sind auch ohne Rezept und Kassenabrechnung möglich, wenn die oben erwähnten Kriterien erfüllt sind und keine Gefährdung damit verbunden ist. Achten Sie jedoch darauf, dass ihre Haftpflichtversicherung auch Behandlungsfehler bei Behandlungen, ohne dass ein ärztliches Rezept vorliegt, abdeckt. Notfalls wechseln Sie im eigenen Interesse und das Ihrer Mitarbeiter den Versicherungsgeber.

Wenn Apotheker zur Ankurbelung ihres Medikamentenabsatzes (durchblutungsfördernde Mittel) kognitive Tests propagieren, kann es für Ergotherapeuten, die eine qualifizierte Ausbildung haben, nicht unmöglich sein, Hirnleistungstraining als Gruppen- oder Einzelbehandlung für bestimmte Patientengruppen anzubieten, auch wenn keine Diagnose zu Grunde liegt.

Selbstverständlich gehört es in allen Fällen zu unserer Pflicht, bei Verdacht auf eine schwer wiegende Störung oder sogar Erkrankung Klienten zum Arzt zu schicken um eine gezielte Diagnostik machen zu lassen. Diese Pflicht haben wir aber auch, wenn während des Behandlungszeitraumes eines vorliegenden Rezeptes Komplikationen auftreten.

⁴ GKV=Gesetzliche Krankenversicherung

Zusammenfassende Betrachtung

Die Erweiterung des ergotherapeutischen Angebotes in einer Praxis macht unbestritten Sinn, wenn durch die Umsatzsteigerung eine größere Absicherung möglich ist. Zwei, drei oder sogar mehr starke Standbeine lassen das Risiko der Unwirtschaftlichkeit mit allen daraus folgenden Konsequenzen wie Gefährdung der Arbeitsplätze und Existenzbedrohung für den oder die Praxeninhaber, geringer werden. Bei drei Standbeinen ist der Verlust bei Rückgang eines Bereiches geringer, als wenn bei einem Standbein der Umsatz wegbricht, weil dieser Bereich rückläufig ist. Im günstigsten Fall lassen sich sogar Umsatzverluste in einem oder zwei Bereichen durch Umsatzzuwächse in anderen Bereichen vollständig ausgleichen. Drei Säulen innerhalb der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen sind sicher eine gute Voraussetzung, eine ergotherapeutische Praxis zu stabilisieren. Für zukünftige Entwicklungen ist die Erweiterung auf vier ergotherapeutische Säulen, von denen eine außerhalb der Kassenabrechnung liegen sollte, anzustreben.

Wichtigster Faktor für die Existenzsicherung war und ist der gute Ruf einer Praxis. Gefährden Sie diesen nicht durch fragwürdige Angebote. Die Erweiterung der Geschäftsfelder kann deshalb nur gemacht werden, wenn die Qualifikation stimmt.

Ronald Herb-Hassler

ⁱ Zahlen von der Geschäftsstelle des DVE

ⁱⁱ Reinhild Ferber, Vorsitzende und Julia Geulen, Referat Praxen „Ergebnis der Fragebogenaktion zur wirtschaftlichen Situation in ergotherapeutischen Praxen“ Ergotherapie & Rehabilitation 10/2000 S. 32 f.

ⁱⁱⁱ Fachkreis Praxen Aktuell 1998

Kurzveröffentlichung: Ronald Herb-Hassler „Zusammenfassung der Hochrechnung“ Ergotherapie & Rehabilitation 4/1998 S. 301

^{iv} Ronald Herb-Hassler „Zusammenfassung der Fragebogenaktion zur Zahl der Mitarbeiter in den Praxen“ Ergotherapie & Rehabilitation 2/1995 S 221

^v in Zusammenarbeit mit dem Fachkreis Arbeit & Rehabilitation. Veröffentlichung nicht bekannt.

^{vi} SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. 4. Auflage 1995. Deutscher Taschenbuch Verlag. S. 202

^{vii} Dr. jur Boxberg: „Gutachten zum Thema <Ist der Ergotherapeut berechtigt, selbstständig Heilkunde auszuüben?>“ 1999; nicht veröffentlicht.

^{viii} Reinhild Ferber: „Lese-Rechtschreibschwäche (LRS) – Keine Indikation für die Ergotherapie“ Ergotherapie & Rehabilitation 1/2001 S 35