05.2012

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*

Musterschreiben an die GEMA

EuGH entscheidet zugunsten der Praxisinhaber

GEMA-Gebühren für Wartezimmermusik einsparen

Die GEMA kassiert seit Jahren bei vielen Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen einen dreistelligen Betrag dafür, dass im Wartezimmer Hintergrundmusik läuft. Dieses Vorgehen stellte der Europäische Gerichtshof jetzt in Frage. Das Abspielen von Musik im Wartezimmer sei nach EU-Recht keine „öffentliche Wiedergabe" und damit GEMA-frei. Die deutsche GEMA sieht das allerdings anders und lässt die Rechtslage von einem unabhängigen Gutachter prüfen. Dennoch können betroffene Praxen schon jetzt prüfen, welche rechtlichen Schritte sie einleiten können.

Zwischen 80 und 220 Euro im Jahr kostet die Musik im Praxis-Wartezimmer an GEMA-Gebühren. Das sei zu viel, klagte ein italienischer Zahnarzt gegen die „italienische GEMA". Der Fall landete vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH). Der entschied, dass der Zahnarzt, der in seiner Praxis kostenlos Tonträger wiedergibt, keine vergütungspflichtige „öffentliche Wiedergabe" vornimmt.

GEMA lässt Rechtslage prüfen

Wer sich jetzt freut, zukünftig die GEMA Rechnung in den Papierkorb werfen zu können, muss sich noch gedulden. Denn die deutsche GEMA bezweifelt, dass das Urteil auch für deutsches Recht gelte. „Wir sind weiterhin der Auffassung, dass die erforderlichen Rechte für Musiknutzungen in deutschen Zahnarztpraxen in Bezug auf Urheberrechte bei der GEMA einzuholen sind", erklärte Gaby Schilcher, Pressesprecherin der GEMA gegenüber *up*. Doch noch ist nichts verloren, die GEMA lässt jetzt durch ein unabhängiges Gutachten klären, inwieweit die Entscheidung des EuGh die Rechtslage in Deutschland betrifft.

Bald schon keine GEMA-Gebühren mehr für Praxischefs? Bis zur endgültigen Entscheidung sollten sie nur unter Vorbehalt zahlen.

Was tun, wenn die nächste Rechnung kommt?

Da die Rechtslage unklar ist, sollten Sie zukünftige Rechnungen der GEMA nur noch unter Vorbehalt bezahlen. Damit schaffen Sie die rechtlichen Voraussetzungen, falls Sie Ihre möglicherweise zu viel gezahlten GEMA-Gebühren später zurückfordern können, sollte das EuGh-Urteil auch auf Ihre Praxis zutreffen.

Wann eine Praxis für Musik bezahlen muss und wann nicht, haben die europäischen Richter an drei Merkmale geknüpft. Diese müssen alle erfüllt sein, um eine Gebührenpflicht auszulösen. Zum einen muss der Nutzer bewusst Tonträger für >>>

Aktuell

vdek Bayern veröffentlicht Zahlen **zum Abrechnungsbetrug** 10

Sozialausschuss des Landtages in Baden-Württemberg: **„Abrechnungspraxis muss erleichtert werden"** 11

TK: 85 Prozent der Rückenoperationen sind überflüssig **Physio- und Schmerztherapie hilfreiche Alternative zur OP** 13

Schwerpunkt

Preispolitik selbstbewusst gestalten **Schluss mit der Preisdiskussion** 3

Konzepte

Therapeutisches Bogenschießen **Mit Pfeil und Bogen zum Therapieerfolg** 16

Abrechnung

Der Abrechnungstipp **Unterbrechungsfristen zwischen zwei Behandlungen** 18

Tipps

Durch Kostenübernahme Mitarbeiter binden **Fortbildungsvereinbarung rechtssicher formulieren** 20

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** **privatpreis**

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de • Einzelpreis 15 Euro

Kommentar

Innovation oder Übernahme?

Wer der festen Meinung ist, von Berufsverbänden seien keine Innovationen oder Überraschungen zu erwarten, hat sich geirrt. Das beweist jetzt der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) mit einer aktuellen Personalentscheidung.

„Der dbl-Bundesvorstand hat mit Wirkung zum 1. April 2012 Dr. med. Eva M. Kalbheim zur neuen Geschäftsführerin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie bestellt", ist in der Pressemitteilung des dbl zu lesen. Da guckt man schon zweimal hin. Hat man wirklich richtig gelesen? Eine Ärztin als Geschäftsführerin eines Heilmittelberufsverbands!

Die Idee eine Ärztin als Geschäftsführerin einzustellen, ist zwar überraschend aber gar nicht mal so abwegig. Zumal Frau Kalbheim seit langen Jahren in Verbänden als Kommunikationsexpertin gearbeitet hat. Mehr Kommunikation ist genau das, was alle Heilmittelverbände dringend brauchen. Also: Innovation!

Aber – eine Ärztin, die jetzt als Kommunikationsexpertin die Logopäden verkaufen soll? Geht das überhaupt? Wird nicht immer zuerst die Ärztin wahrgenommen werden und erst an zweiter Stelle die Vertreterin eines Berufsverbandes der Heilmittelerbringer?

Ich bin gespannt, wie sich die Mitglieder des dbl zu der personellen Veränderung äußern werden und würde mir wünschen, dass Frau Kalbheim eine faire Chance erhält, ihr Kommunikationstalent unter Beweis zu stellen. Dann hätten wir wieder mehr Lobbyarbeit für den Heilmittelbereich. Also: Herzlich willkommen!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung Seite 1

seine Kunden wiedergeben. Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn man in der Praxis Musik laufen lässt, die Patienten hören können.

Zweitens muss die Musikwiedergabe „öffentlich" erfolgen. Dazu hat der EuGh festgestellt, dass die „Öffentlichkeit" aus einer unbestimmten Zahl potenzieller Zuhörer, noch dazu in größerer Anzahl, bestehen muss. Patienten sind allerdings keine allgemeinen Personen, sondern ein bestimmte, kleine Gruppe von Personen, die vorübergehend in der Praxis verweilen und nur bestimmte Zeitabschnitte der Musik mitbekommen und mitbekommen sollen. Insofern ist zu bezweifeln, in wie weit das Merkmal „öffentlich" bei der Musikwiedergabe in einer klassischen Therapiepraxis erfüllt ist.

Das dritte Merkmal bezieht sich auf den Erwerbszweck. Es muss geprüft werden, ob die Wiedergabe von Musik dem Erwerbszwecken dient, ob also die Musik Bestandteil der Dienstleistung des Therapeuten ist. Dieses Merkmal ist zum Beispiel bei Entspannungsmusik während der Wellnessanwendung erfüllt oder auch wenn Musik bei Gruppenanwendungen gespielt wird.

Das bloße Abspielen von Hintergrundmusik im Wartezimmer ist jedoch nach Einschätzung des EuGh nicht Bestandteil der Dienstleistung.

Nur unter Vorbehalt zahlen

Es lohnt sich also, diese drei Merkmale für die eigene Praxis kritisch zu prüfen. Wenn Sie dann finden, dass die GEMA zu Unrecht Gebühren von Ihnen verlangt, können Sie die GEMA schriftlich darauf hinweisen, dass Sie die Gebühren ab sofort nur noch unter Vorbehalt zahlen. Dieses Schreiben sollten Sie zunächst vorab per Fax und anschließend per Einschreiben schicken. ***up-premium plus***-Kunden können ein entsprechendes Musterschreiben bei der Hotline anfordern. Oder Sie vermerken auf jedem Überweisungsträger den Satz „Zahlung nur unter Vorbehalt". So stellen Sie sicher, dass Sie nach Klärung der Rechtslage in Deutschland evtl. zu Unrecht gezahltes Geld auch zurückerhalten. *(bu)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können das Musterschreiben an die GEMA kostenlos an der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

Impressum

buchner

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

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber) | **Chefredaktion:** Heidi Kohlwes

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15 Euro • im Abo: 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Björn Schwarz (bj), Özlem Erdem-Wulff (öz); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Dron (1), DMM Photography Art (4), mdworschak (5), R. Kneschke (8), WavebreakmediaMicro (13), Schlierner (15), Y. Arcurs (20), p(AS)ob (22); Universitätsklinikum Heidelberg (12), Picasa (16/17), Physiotherapie-Gaarden (22)

Preispolitik selbstbewusst gestalten

Schluss mit der Preisdiskussion

Immer wieder das Gleiche. Jutta M. hat keine Lust mehr. Bereits zum dritten Mal in dieser Woche hatte sie eine Diskussion mit einem Privatpatienten über die von ihr gestellte Rechnung. Der Preis sei viel zu hoch, die Privatkasse würde die Kosten nicht übernehmen und er – der Patient – bliebe auf den Kosten sitzen. „Hallo?“, fragt sich die Praxischefin, „worum geht es denn hier eigentlich? Um den allerbesten Dumpingpreis oder um eine gute Therapie?“.

Bei der Festlegung und Durchsetzung von Privatpreisen vergeht vielen Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten der Spaß an der Arbeit als Praxisinhaber. Wie man´s macht – es scheint verkehrt. Entweder berechnet man die Preise angemessen der eigenen hohen Qualifikation – dann gibt es Diskussionen mit den Patienten über die Höhe des Preises. Oder man kalkuliert die Preise so, dass die Privatpatienten alles erstattet bekommen – dann hat man das schlechte Gefühl, sich unter Preis verkauft zu haben.

Preispolitik, also die bewusste Festlegung und Durchsetzung von Preisen für die eigene Therapie, ist bisher noch keine zentrale Kompetenz von Therapeuten. Kassenpreise sind gedeckelt, die PKV macht Druck, dass Therapie nicht zu viel kostet und Therapeuten fühlen sich hinsichtlich der Preise ferngesteuert. Manchen Praxisinhabern geht das Thema Privatpatienten inzwischen so auf die Nerven, dass sie lieber Kassenpatienten behandeln, dann eben ohne Diskussion und Gemecker. Andererseits nimmt der Anteil anspruchsvoller Privatpatienten und Menschen, die in ihre Gesundheit privat investieren wollen, immer mehr zu. Bleibt einem Therapeuten eigentlich gar nicht die Wahl, ob er sich mit dem Thema beschäftigen will – in Zukunft wird man sich um dieses Thema nicht mehr drücken können!

Wir haben für Sie einige Ursachen der Preisdiskussion entlarvt und liefern die passende Lösungsstrategie gleich mit.

Die Deutungshoheit

Den meisten Patienten fällt es schwer, den Wert für Therapie in Euro exakt zu benennen. Sie gehen davon aus, dass die PKV schon erstatten wird. Der „richtige“ Preis für Therapie ist also aus Sicht der Patienten genau die Summe, die die PKV erstattet. Damit hat die PKV die Deutungshoheit über den angemessenen Preis für Therapie übernommen.

Lösung: Lassen Sie sich das Heft nicht aus der Hand nehmen und bestimmen Sie die Regeln selbst. Um die Deutungshoheit über Therapiepreise zurückzugewinnen, machen Sie Ihre Preise für Patienten nachvollziehbar. Das gelingt zum Beispiel mit dem Aushängen einer Gebührenordnung und dem Einführen von Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Wie das geht, lesen Sie auf Seite 4.

Der Irrglaube

Die meisten Patienten denken, gute Therapie sei kostenlos. Es wird nicht darüber diskutiert, ob die Therapie in Ordnung war oder das Therapieziel erreicht wurde. Einzig über den Punkt, ob der Patient selbst dazuzahlen muss, wird diskutiert. Die PKV tun ihr Übriges dazu, wenn sie den Patienten erklären, die Therapie sei viel zu teuer.

Lösung: Diskutieren Sie nicht mit. Gute Therapie kostet Geld. Von diesem Standpunkt sollten Sie nicht abweichen. Wie Sie Argumente der PKV ganz einfach ausbremsen können, lesen Sie auf Seite 7.

Inhalt

Thema: Preispolitik

- Privatpreise in den richtigen Rahmen setzen 4
- Der Preis ist abhängig von der Leistung 5
- Wenn Patienten den Preis selbst aussuchen können 6
- Warum die Argumente der PKV nicht ziehen 7
- So kommen Sie zu Ihrem Geld 8
- Checkliste 23

Das Qualitätsbewusstsein

Viele Praxen wissen nicht, wo sie hinsichtlich Qualität und Preis stehen. Oft fehlt es an Bewusstsein dafür, was Therapeut A von Therapeut B unterscheidet, was Praxis C anders macht als Praxis D. Wenn aber die Therapeuten selbst nicht die Unterschiede zwischen zwei Therapien benennen können, können sie auch den Patienten nur schwer klar machen, warum es Preisunterschiede bei Therapien gibt.

Lösung: Machen Sie Ihre Qualität transparent. Ein bisschen Nachdenken über die eigenen Stärken sorgt für das Bewusstsein darüber, was die eigene Praxis von anderen unterscheidet – was also die besondere Qualität Ihrer Therapie ausmacht. Welche Möglichkeiten Sie haben, lesen Sie auf Seite 5.

Die Preispositionierung

Für die Chefarztbehandlung sind sogar Kassenpatienten bereit, eine Zusatzversicherung abzuschließen. Doch bei der Behandlung durch den Praxischef erhöhen sich die Preise in der Therapiepraxis nicht.

Lösung: Warum trauen sich Therapiepraxen nicht, nachweisbare Qualifikationsunterschiede ihrer Therapeuten zu entsprechend unterschiedlichen Preisen anzubieten? Dann könnten die Patienten sich entscheiden, zwischen Premiumtherapie und günstigem Einsteigerangebot. Wie das funktioniert, lesen Sie auf Seite 6. *(bu/ko)*

Allgemeine Geschäftsbedingungen für Therapiepraxen

Privatpreise in den richtigen Rahmen setzen

Die fehlende amtliche Gebührenordnung im Bereich der Heilmittel führt immer wieder zu Unklarheiten im Umgang mit Privatpatienten. Denn eine Honorarvereinbarung allein klärt noch lange nicht alle Fragen, die zwischen Privatpatient und Therapiepraxis aufkommen können. Eine Art Praxis-AGB – Allgemeine Geschäftsbedingungen für Therapiepraxen – kann helfen, der Honorarvereinbarung einen verbindlichen Rahmen zu geben.

Die Diskussion mit seinem neuen Privatpatienten hat Timo Schettler*, Physiotherapeut mit eigener Praxis in München, gar nicht erst aufgenommen: „Der wollte wissen, auf welcher Grundlage wir abrechnen", erinnert sich Schettler. Doch anstatt sich wie früher, zu rechtfertigen, übergibt Schettler seinem Patienten als Antwort einfach die GebüTh mit dem Hinweis, dass er für weitere Fragen gern zur Verfügung stehen würde. „Der hat das erste Paragrafen-Zeichen gesehen und gezahlt. Keine weitere Diskussion. Das war klasse!"

Schettlers Erfahrungen sind kein Einzelfall. Tatsächlich fällt es Patienten viel leichter, einen Privatpreis zu akzeptieren, wenn er das Gefühl hat, die Preisfindung und die Rahmenbedingungen der Abrechnung sind gut begründet. Dabei geht es primär nicht um die Höhe der Vergütung, sondern ganz stark auch um das „Kleingedruckte", wie zum Beispiel Zahlungsziel, Laufzeit des Vertrages und der Erfüllung formaler Anforderungen. Alle Menschen sind so gewöhnt an die „Allgemeinten Geschäftsbedingungen", dass auch in der Therapiepraxis nach dem formalen Rahmen für die Abrechnung gesucht wird.

Bevor jetzt jeder Praxisinhaber seine eigenen AGBs schreibt, sollte man einen Blick auf die „Allgemeinen Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh" werfen. Denn die sind im Internet offen auch für Privatpatienten dokumentiert und regeln genau das, was Patienten und Therapeuten als formalen Rahmen für die Zusammenarbeit benötigen.

In sieben Paragrafen werden alle Aspekte der Abrechnung zwischen Privatpatient und Therapiepraxis geregelt. Das beginnt mit den Grundlagen: Die GebüTh gilt nur für die Leistungserbringung von „echten", also staatlich anerkannten Therapeuten und nicht für angelernte Hilfskräfte in Fitnessstudios oder Hotels. Leistungen, die nach GebüTh berechnet werden, müssen in einem berufsrechtlichen Rahmen und nach den Regeln der Heilkunde erbracht werden. Bei der Leistungsbeschreibung lehnt sich die GebüTh an die Regelungen der GKV an. Zusätzlich lässt die GebüTh viel Raum für alle anderen Formen der Heilmitteltherapie bis hin zu Wellness- und Präventionsleistungen.

Die Frage der Vertragslaufzeit wird eindeutig geregelt, Zahlungsziele sind definiert und sogar das Thema Wegegeld und der Ersatz von Auslagen finden Platz. Natürlich wird auch genau festgelegt, wie der Preis für eine Leistung ermittelt wird und von welchen Kriterien die Höhe genau abhängt.

Eine Praxis, die nach der GebüTh abrechnet, hat damit alles getan, damit diese Leistungen in der Regel durch die privaten Krankenkassen erstattungsfähig sind.

Für den Praxisinhaber hat der Einsatz der Allgemeinen Grundsätze der GebüTh den Vorteil, dass die Patienten die Struktur solcher Regelungen gut kennen. Denn durchaus gewollt ist die Parallele zur Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). So wie der behandelnde Arzt auf die GoÄ verweisen kann – und sich damit vor Diskussionen rettet, verweist der Therapeut auf die GebüTh. Ein Hinweisschild in der Praxis „Wir rechnen ab nach GebüTh" macht Patienten klar, dass die Spielregeln hier fest geschrieben und nicht zur Diskussion stehen.

Einen interessanten Nebeneffekt hat der Einsatz der GebüTh für die Praxismitarbeiter. „Meine Leute argumentieren auf Grundlage der GebüTh viel sicherer als früher", hat Timo Schettler in seiner Praxis beobachtet. Klare Rahmen wirken eben auch nach innen. *(bu)*

Service: Die „Allgemeine Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB)" kann man im Internet unter *www.privatpreise.de/agb* kostenlos downloaden. Bitte beachten Sie die dort festgelegen Nutzungsbedingungen.

*Name v.d.Red. geändert

Keine Äpfel mit Birnen vergleichen

Der Preis ist abhängig von der Leistung

Eine amtliche Gebührenordnung für Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten gibt es nicht. Das Kartellamt findet, dass die Berufsverbände sich zu den Privatpreisen nicht äußern dürfen. Bleibt also nur, einfach mal nachzufragen und zu dokumentieren, wie Privatpreise für Heilmitteltherapie in Deutschland zu Stande kommen. Die Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) macht das seit 2007/2008 regelmäßig und zeigt wie Preise üblicherweise ermittelt werden.

Genauso wenig wie man Äpfel mit Birnen vergleichen kann...

Dass man Äpfel nicht mit Birnen verwechseln soll, ist eine Binsenweisheit, die auch beim Preisvergleich von Heilmitteltherapie leider nicht immer berücksichtigt wird. Denn wenn zum Beispiel private Krankenversicherungen frech behaupten, der Preis für eine Therapie sei zu teuer, dann wissen sie über die eigentliche Leistung in der Regel nichts!

Dabei ist der Preis für eine Leistung natürlich auch von der Qualität der Leistung abhängig. Ärgerlich nur, dass die privaten Krankenversicherungen so tun, als ob alle Therapie gleich sei. In Wahrheit unterscheiden sich therapeutische Leistungen jedoch erheblich voneinander. Deswegen gibt es auch erhebliche Preisunterschiede.

Preis hängt von verschiedenen Faktoren ab

Der Preis für Therapie ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Dazu zählen zum Beispiel die Dauer der Therapie, die Qualifikation und die Berufserfahrung des Therapeuten, das Raumangebot und diverse Serviceleistungen, wie zum Beispiel die zeitliche Verfügbarkeit und Flexibilität der Therapeuten. Diese Faktoren spielen eine Rolle bei der Festsetzung des jeweiligen Preises.

Die GebüTh orientiert sich bei der Kalkulation eines Preises zunächst am Durchschnitt. Dabei bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem 1,8-fachen des Regelsatzes. Der Regelsatz ist der höchste GKV-Satz, der in Deutschland für die entsprechende Leistung vereinbart wurde. Jede Praxis legt nun für sich fest, ob es Gründe für Ab- oder Aufschläge gibt. So kann zum Beispiel die Praxislage dazu führen, dass man eher das 1,6-fache des Regelsatzes berechnet. Man kalkuliert also einen Abschlag ein, weil die Praxis in einer struktur- und einkommensschwachen Region liegt. Eine besondere fachliche Spezialisierung und/oder langjährige Berufserfahrung rechtfertigt unter Umständen auch einen Aufschlag auf zum Beispiel das 2,1-fache des Regelsatzes.

Flexibles Preismodell

Die GebüTh geht davon aus, dass die normalen Unterschiede zwischen Praxen bzw. Therapeuten durch die unterschiedlichen Faktoren zwischen dem 1,4- bis 2,3-fachen des Regelsatzes abzubilden sind. Wer sich mit seinem Preis innerhalb dieser Spanne bewegt, kann mit Fug und Recht behaupten einen „üblichen" Preis berechnet zu haben. Wird mehr als der 2,3 fache Satz genommen, sollte dies allerdings in der Rechnung begründet werden. Unterhalb des 1,4-fachen Regelsatz wird normalerweise nicht abgerechnet.

...ist das bei therapeutischen Leistungen möglich.

In manchen Regionen erscheinen die Preise, die durch den 1,8-fachen Regelsatz ermittelt werden, vergleichsweise hoch. Praxisinhaber scheuen sich deswegen, das Preismodell überhaupt anzuwenden. Dabei ist es durchaus hilfreich, wenn man ein Preismodell anwendet, das hohe Vergleichspreise ausweist und dann aber durch Abschläge für die Patienten einen vergleichsweise günstigen Preis ermittelt. *(bu)*

Ganz konkret: Wer mehr zur Preisfindung und zu den Kriterien für Auf- und Abschläge wissen möchte, kann das kostenlos machen unter *www.privatpreise.de/kommentar.*

Fallbeispiel

Wenn Patienten den Preis selbst aussuchen können

Wenn Patienten selbst den Preis für ihre Behandlung aussuchen können, wählen sie in der Regel die teurere Behandlung. Erstaunlich? Ganz und gar nicht. Denn bei einer transparenten Preisstaffelung weiß der Patient genau, welche Leistung er für welchen Preis erhält. Da die meisten Menschen nur das Beste für die eigene Gesundheit wollen, entscheiden sie sich auch in der Regel für die qualitativ beste Behandlung. Wie das geht? Wir zeigen es Ihnen.

Die Therapie begeistert meist alle Patienten. Auch über den reibungslosen Ablauf bei der Anmeldung und der Terminvergabe gibt es ausschließlich positive Rückmeldung. Ärger gibt es meistens etwas später. Nämlich dann, wenn die Patienten von ihren privaten Krankenkassen erfahren, dass die Rechnung des Heilmittelerbringers nicht in voller Höhe erstattet wird. Im Ablehnungsschreiben der Kasse wird meist auch noch dreist behauptet, dass die Preise der behandelnden Praxis überteuert und absolut nicht ortsüblich seien. Solche Aussagen haben ausnahmslos zur Folge, dass die Privatpatienten schlagartig unzufrieden mit dem gesamten Leistungsspektrum der Praxis sind – unabhängig davon, wie sehr ihnen die Therapie geholfen hat.

Dem Druck standhalten

Die Patienten erwarten dann einen Preisnachlass – und zwar rückwirkend und für die Zukunft. Jetzt heißt es für die Praxis: standhaft bleiben. In den meisten Fällen gibt es schließlich eine Honorarvereinbarung mit dem Patienten. Diese besagt, dass der vereinbarte Preis für die erbrachte Leistung zur Zahlung fällig ist, unabhängig davon, ob es eine Erstattung durch Dritte gibt. Die Bedeutung dieser Vereinbarung wird vielen Patienten allerdings zum ersten Mal richtig bewusst, wenn das Kürzungsschreiben der Kasse bei ihnen eintrifft. Folgt die Praxis dem Wunsch der Preisreduktion nicht, fangen viele Patienten an zu drohen: Sie würden die Praxis wechseln und möglichst viele Menschen aus dem Bekanntenkreis vor den vermeidlichen Wucherpreisen der Praxis warnen.

In diesem Moment geben viele Praxisinhaber nach. Aus Angst, einen großen Teil der Privatpatienten zu verlieren, werden die Privatpreise individuell an die Erstattungspraktiken der einzelnen privaten Kassen ihrer Patienten angepasst. Dies führt zu einem heillosen Durcheinander bei Privatpreisen und senkt das Preisniveau auf Beihilfeniveau. Ein, dem tatsächlichen Wert der erbrachten Leistung, entsprechender Preis kann jetzt nicht mehr durchgesetzt werden.

Patienten können selbst bestimmen

Um sowohl den Privatpatienten als auch den Praxisinhaber zufrieden zu stellen, ist ein Kompromiss nötig. Eine geschickte Variante ist, den Patienten selbst bestimmen zu lassen, welchen Preis er für die Behandlung zahlt. Dazu bekommt er verschiedene Varianten einer Leistung angeboten, die mit zunehmender Qualität im Wert und somit im Preis steigt. Die Qualität

Vereinbarung über das Honorar für therapeutische Leistungen

zwischen _____, geb. am _____
und dem Praxisnetz Ergotherapie Schürholz Sievers (Leistungserbringer).

Die Vertragspartner vereinbaren für Durchführung therapeutischer Leistungen folgende Preise:

Handtherapie (motorisch / funktionelle Verordnung)	
☐ klassische Handtherapie 30 Minuten (staatlich geprüfte Ergotherapeutin)	à 35,88 Euro
☐ spezielle Handtherapie 30 Minuten (Ergotherapeutin mit Schwerpunktweiterbildung im Bereich Handtherapie)	à 46,13 Euro
☐ Therapie beim Handspezialisten 30 Minuten (zertifizierter Handtherapeut)	à 58,95 Euro
Neurologische Ergotherapie (sensomotorisch / perzeptive Verordnung)	
☐ klassische neurologische Ergotherapie 45 Minuten (staatlich geprüfte Ergotherapeutin)	à 48,62 Euro
☐ klassische neurologische Ergotherapie 45 Minuten (Ergotherapeutin mit Schwerpunkt-Weiterbildung im Bereich der Neurologie)	à 62,51 Euro
Pädiatrische Ergotherapie (sensomotorisch / perzeptive Verordnung)	
☐ klassische pädiatrische Ergotherapie 45 Minuten (staatlich geprüfte Ergotherapeutin)	à 48,62 Euro
☐ klassische pädiatrische Ergotherapie 45 Minuten (Ergotherapeutin mit Schwerpunkt-Weiterbildung im Bereich der Pädiatrie)	à 62,51 Euro
☐ sensomotorische Behandlung 60 Minuten (Gruppenbehandlung Kinder)	à 22,50 Euro

-F_ANM_001_Vereinbarung über das Honorar therapeutischer Leistungen – Seite 1
Praxis für Ergotherapie Markus Schürholz GmbH

weitere Leistungsbereiche	
☐ Hirnleistungstraining 30 Minuten	à 42,08 Euro
☐ psychiatrische Behandlung 60 Minuten	à 78,50 Euro
☐ psychiatrische Behandlung 90 Minuten (in der Gruppe)	à 38,34 Euro
☐ Thermische Behandlung (Wärme, Kälte, Ultraschall, Strom)	à 7,00 Euro
☐ Hausbesuch pro Behandlung	à 9,20 Euro
☐ Wegegeld pro gefahrener KM	à 0,40 Euro
☐ Funktionsanalyse	à 35,00 Euro

Die Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch den Patienten innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen, unabhängig davon, ob eine Versicherung des Patienten diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.
Eine ausführlichere Leistungsbeschreibung bekommt der Kunde auf Wunsch als Anlage zu dieser Honorarvereinbarung.
Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muß. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
Beide Vertragspartner erhalten eine Kopie

Unterschrift Kunde ..... Datum .....

Unterschrift Leistungserbringer ..... Datum .....

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Kontoführendes Institut: .....

Bankleitzahl: ..... Kto.Nr.: .....

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

-F_ANM_001_Vereinbarung über das Honorar therapeutischer Leistungen – Seite 2
Praxis für Ergotherapie Markus Schürholz GmbH

Der Behandlungsvertrag bietet verschiedene Möglichkeiten für Patienten: Je höher die Qualität, desto höher der Preis – die Entscheidung trifft der Patient.

hängt beispielsweise von der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation der behandelnden Therapeutin ab.

In der Ergotherapie kann man etwa in der motorisch funktionellen Hand-Behandlung drei Leistungsstufen anbieten:

Die günstigste Variante orientiert sich preislich an den Beihilfesätzen und wird somit mit hoher Wahrscheinlichkeit von allen Kassen erstattet. Dies entspricht der Leistung, die die privaten Kassen bei der Nennung von „ortsüblichen Preisen" meinen. Allerdings bekommt der Patient hier die Behandlung von einer Therapeutin, die sich nicht explizit in diesem Bereich spezialisiert hat. Das kann für den Patienten bedeuten, dass die Behandlung langfristiger ist oder zwar Symptome bearbeitet, aber die Ursache nicht behoben werden kann und so die Probleme später erneut auftreten.

Möchte der Patient eine auf Handtherapie spezialisierte Ergotherapeutin oder die Behandlung einer zertifizierten Handtherapeutin, dann entscheidet er sich für die entsprechende Leistung mit dem dazugehörigen Preis. Er weiß jetzt allerdings von Anfang an, dass er sich für eine hochwertige Leistung entschieden hat. Diese wird möglicherweise je nach Vertrag mit seiner privaten Krankenkasse nicht in voller Höhe erstattet.

Die Erfahrung zeigt, dass sich die meisten Patienten bei einer Wahlfreiheit für die qualitativ bessere und damit teurere Behandlung entscheiden. Sie können diese Preisstaffelung auch in Ihrer Praxis einführen und so dafür sorgen, dass es zukünftig keine Kaufreue oder Ärger über die Praxis gibt. *(bj)*

i Tipp

Keine Diskussion um Privatpreise

Warum die Argumente der PKV nicht ziehen

Die Erstattungshöhe der PKV hängt in der Regel von dem Preis je Therapiesitzung ab. Die PKV haben zudem unterschiedliche Vertragsbedingungen für die Kostenerstattung von Heilmitteltherapien. Häufig wissen die Patienten nicht, bis zu welcher Höhe ihre Kasse die Kosten der Therapie übernimmt. Wird dies nicht bereits im Vorfeld mit der Kasse geklärt, fangen die Diskussionen an. Wir zeigen Ihnen die häufigsten Argumente der PKV, warum sie nicht die volle Höhe der Kosten zahlen wollen – und wie Sie diese in zwei Sätzen widerlegen können.

ARGUMENT 1:
„Beihilfefähige Höchstsätze sind gesetzliche Tarifvorgaben"

Einige Versicherungen beziehen sich auf die beihilfefähigen Höchstsätze und behaupten, diese Höchstsätze wären sozusagen die gesetzliche Tarifvorgabe. Der Versuch, diese Regelung vertraglich durchzusetzen, ist allerdings im Jahr 2007 vor dem Bundesgerichtshof gescheitert. Auch das Bundesministerium des Inneren hat schon mehrfach bestätigt, dass diese Argumentation grundsätzlich falsch ist. Die PKV suggeriert durch solche Falschinformationen den Patienten, dass Therapie ohne Zuzahlung zu bekommen sei und heizt damit die Diskussion in der Praxis unnötig an.

ARGUMENT 2:
„Das Honorar ist nicht üblich"

Eine weitere Behauptung der PKV lautet, der Preis gehe über den ortsüblichen Preis hinaus und sei damit gemäß § 612 BGB vom Patienten nicht zu bezahlen und somit auch von der PKV nicht zu erstatten. Der § 612 des Bürgerlichen Gesetzbuches legt jedoch fest: „Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen." Das heißt, nur wenn zwischen Praxis und Patient kein Honorarvertrag geschlossen wurde („Vergütung nicht bestimmt"), würde eine offizielle, von staatlichen Stellen festgelegte Preisliste gelten („taxmäßige Vergütung"). Fehlt diese „Taxe", wie im Bereich der Heilmittel, würde man versuchen den ortsüblichen Preis („übliche Vergütung") zu ermitteln. Da die meisten Praxen mit ihren Privatpatienten jedoch vorher schriftliche Honorarvereinbarungen abschließen, greift das Argument der PKV hier nicht.

ARGUMENT 3:
„Das Honorar ist nicht angemessen"

Einige Versicherer versuchen die Erstattung auf einen von ihnen festgelegten Betrag zu beschränken. Sie behaupten, dass sie nur den angemessenen Preis (gemeint ist der billigste!) für Heilmittel erstatten müssten. Wenn der Patient sich teurere Heilmittel einkaufe, sei dies von ihm selbst zu bezahlen. Aber auch hier führt die PKV ihre Kunden in die Irre. Denn der Bundesgerichtshof hat eindeutig festgelegt, dass die Tarifbedingungen der PKV eine Beschränkung auf die jeweils billigste Behandlungsmethode eindeutig nicht vorsieht. Also gibt es auch hier keinen Grund für Diskussionen. *(bu)*

Wenn der Patient nicht zahlen will

So kommen Sie zu Ihrem Geld

Die meisten Privatpatienten wollen ihre Therapie erst dann zahlen, wenn die Kasse den Betrag erstattet hat. Das kann einige Monate dauern, inklusive der zeitraubenden Diskussionen um die Höhe der Erstattung. Wer einen schriftlichen Behandlungsvertrag im Vorfeld abgeschlossen hat, kann sich das lange Warten sparen. Denn dieser regelt, dass die Vergütung sofort nach der erbrachten Leistung stattfinden muss. Wer trotzdem lieber mit Rechnung arbeiten möchte, hat verschiedene Möglichkeiten, seine Ansprüche geltend zu machen.

„Was genau bedeutet denn „ Die Vergütung ist stets sofort fällig"?", will Privatpatient Markus M. von seiner Therapeutin wissen, als er den Behandlungsvertrag durchliest. „Ich dachte, ich zahle, wenn meine Kasse mir die Kosten erstattet hat?". „Das ist nicht ganz richtig", klärt ihn seine Therapeutin auf und verweist auf den Behandlungsvertrag, „bei uns in der Praxis rechnen wir direkt am Ende der gesamten Behandlung ab. Sie können entweder per Lastschrifteinzug zahlen oder direkt bar oder mit EC-Karte bei uns in der Praxis". Wie eine Praxis ihre Zahlungsmodalitäten mit Privatpatienten regelt, ist unterschiedlich. Die einen rechnen sofort nach der Behandlung ab, die anderen schicken dem Patienten eine Rechnung nach Hause. Beide Varianten sind möglich, wobei die Praxis bei der Abrechnung mit Rechnung unter Umständen lange auf ihr Geld warten und ggf. Rechtsmittel einsetzen muss.

Die Rechtslage

Der Anspruch auf Vergütung von Leistungen eines Physio-, Ergotherapeuten oder des Logopäden ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag, der gemäß § 611 BGB zwischen diesen Parteien zustande kommt. Die Vergütung der Leistung nach § 611 BGB regelt der § 614. Dieser besagt, dass die Vergütung nach der Leistung der Dienste zu entrichten ist. Im Klartext bedeutet das: der Therapeut muss zunächst die therapeutische Leistung erbringen. Danach wird die Zahlung durch den Patienten fällig. Im Prinzip müsste der Patient also nach jeder Behandlung direkt in der Praxis die Behandlung bezahlen.

Unter **Fälligkeit** versteht man den Zeitpunkt, ab dem der Gläubiger (hier: Therapeut) vom Schuldner (hier: Patient) verlangen kann, seine Forderung (hier: Zahlung einer bestimmte Summe) zu begleichen. Die Fälligkeit ergibt sich in der Regel aus dem Vertrag, in dem zwischen beiden Parteien einvernehmlich vereinbart wird, wann der Schuldner zu zahlen hat (z. B. Zahlung vor Warenübergabe), oder durch eine Rechnung, in der der Zeitpunkt der Zahlung (z. B. sofort, in 15 Tagen etc.) genannt wird.

Sofort fällig bedeutet also, dass eine Forderung nicht nach einer bestimmten vereinbarten oder „handelsüblichen" Zeit fällig wird, sondern bei Abschluss der Dienstleistung sofort (gleich, im Anschluss an...). Sofort ist objektiv zu sehen.

Viele Therapeuten arbeiten mit der Abrechnung durch Rechnungen. Das heißt, nach Ende der Therapie erhält der Patienten eine Rechnung. Ist auf der Rechnung ein bestimmtes Kalenderdatum angegeben, bis wann die Rechnung zu begleichen ist, muss

der Patient bis zu diesem Datum die Rechnung beglichen haben und zwar völlig unabhängig davon, ob die Krankenversicherung die Kosten erstattet hat oder nicht. Tut er dies nicht, ist die Rechnung zwar fällig, aber trotzdem ist der Patient mit seiner Zahlung noch nicht „im Verzug". Er muss daher in Verzug gesetzt werden – zum Beispiel durch eine Mahnung. Erst wenn der Rechnungsempfänger sich im Zahlungsverzug befindet, kann der Therapeut von ihm den Ersatz für diejenigen Aufwendungen verlangen, die im Zusammenhang mit der verspäteten Zahlung entstehen. Das sind neben Verzugszinsen und den Kosten für Mahnschreiben später vor allen Dingen die Gerichts- und Anwaltskosten, die durch einen Mahnbescheid entstehen.

Es geht auch ohne Mahnung

Es gibt auch die Möglichkeit, sich die Mahnung zu sparen. Dazu müssen Sie den Patienten ausdrücklich in der Rechnung darauf hinweisen, dass er nach Ablauf einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung automatisch in Verzug gerät, wenn er nicht zahlt (vgl. § 286 Abs. 3 BGB). Sie müssen auf Ihrer Rechnung den schriftlichen Vermerk anbringen: "Ich weise Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie spätestens 30 Tage nach Erhalt der Rechnung mit der Zahlung in Verzug geraten, ohne dass es einer Mahnung bedarf." Sobald die 30 Tage abgelaufen sind, befindet sich der Patient in Verzug und es darf der eingetretene „Verzugsschaden" geltend gemacht werden. Darunter versteht man die Ausgaben, die für die Eintreibung der Forderung anfallen, z. B. Portokosten, Kosten für Mahnschreiben (2,50 Euro pro Schreiben) und Verzugszinsen. Sobald der Verzug eingetreten ist, können Sie das gerichtliche Mahnverfahren einleiten. Die dabei entstehenden Kosten muss der Schuldner, also der Patient, tragen.

Gerichtliches Mahnverfahren

Das gerichtliche Mahnverfahren selbst ist einfach. Der Vordruck für das Verfahren kann im Schreibwarenhandel gekauft oder im Internet besorgt werden. Diesen Antrag reichen Sie bei dem zuständigen Amtsgericht ein. Das Gericht prüft dann das Anliegen lediglich formal auf Plausibilität und erlässt daraufhin den Mahnbescheid an den Schuldner. Nach der Zustellung hat der Patient 14 Tage Zeit, vor Gericht Widerspruch einzulegen. Widerspricht er, kann man überlegen, ob der Anspruch auf Zahlung mit einer "richtigen" Zivil-Klage vor Gericht weiter verfolgt werden soll. Widerspricht der Patient nicht, kann man unmittelbar anschließend einen Vollstreckungsbescheid erwirken und den Rechtsanspruch durch einen Gerichtsvollzieher durchsetzen lassen. Die Kosten für den Antrag auf Mahnbescheid sind im Gerichtskosten-Gesetz festgelegt und müssen zunächst vom Antragsteller aufgebracht werden.

Soll man wirklich klagen?

Auch wenn das oben beschriebene Verfahren sehr einfach ist, sollte man bei dem Forderungsmanagement den Schwerpunkt zunächst auf die Kommunikation mit dem Patienten setzen. Dabei muss man jedoch von Anfang an klar und bestimmt sein. Nach Eintritt des Verzugs sollte man eine (einzige) schriftliche Mahnung an den Patienten schicken, die die Rechnungsnummer, das Rechnungsdatum und den Zeitpunkt des Verzugsbeginns angibt und den Hinweis auf die gesetzliche Grundlage des eingetretenen Zahlungsverzugs enthält.

i Hintergrund

Hilfreiche Formulierung auf der Rechnung:

„Der Rechnungsbetrag ist sofort fällig. Um Ihnen und uns unnötige Kosten zu ersparen, verzichten wir auf ein mehrstufiges Mahnverfahren. Sollten Sie diese Rechnung im Laufe der nächsten 30 Tage nicht begleichen, geraten Sie gemäß § 286 BGB automatisch in Zahlungsverzug. Ab diesem Zeitpunkt berechnen wir Verzugszinsen in Höhe von 8,12 Prozent (dies gilt unter Geschäftsleuten, also ggü. der Kasse / für Verbraucher = Patient gilt 5,12 Prozent) p. a. Außerdem müssen alle Kosten eines anschließenden gerichtlichen Mahnverfahrens von Ihnen getragen werden. Bitte setzen Sie sich daher bei absehbaren Zahlungsverzögerungen rechtzeitig mit uns in Verbindung."

Welchen Abrechnungsweg eine Praxis wählt, bleibt jedem selbst überlassen. Allerdings kann man sich viel Zeit und Ärger sparen, wenn man den Patienten sofort nach der abgeschlossenen Behandlung bezahlen lässt. Dazu weist man den Patienten beim Abschluss des Behandlungsvertrags noch einmal explizit auf die Fälligkeit des Honorars hin.

Im Falle von Markus M. gab es keine weiteren Probleme. Nachdem seine Therapeutin ihm die Zahlungsmodalitäten erklärt hatte, unterschrieb er den Vertrag und zahlte im Anschluss nach der Behandlung. *(öz)*

vdek Bayern veröffentlicht Zahlen zum Abrechnungsbetrug

Die Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) hat neue Zahlen zum Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen vorgelegt. Danach verursachten die Heil- und Hilfsmittel in Bayern den größten Schaden. Dennoch wollen die Ersatzkassen keine Berufsgruppen pauschal an den Pranger stellen.

Nach Angaben der Landesvertretung wurden im Jahr 2011 Regressansprüche in Höhe von 447.790 Euro geltend gemacht. Im Jahr zuvor beliefen sich die zu Unrecht erhaltenen Honorare der medizinischen Leistungserbringer auf 370.560 Euro. Daraus ergibt sich eine Steigerung von rund 21 Prozent.

Insgesamt 92 Fälle wurden bearbeitet – davon waren nur 15 neue Fälle, der Rest stammt aus den Vorjahren. Mit insgesamt 48 Prozent verursachten die Heil- und Hilfsmittel den größten Schaden durch Abrechnungsbetrug. Zu der genauen Aufschlüsselung der einzelnen Berufsgruppen konnte der vdek keine Angaben machen. Mit 42 Prozent liegen die Zahnärzte auf Platz zwei der Liste, gefolgt von den Ärzten (5 Prozent), der Pflege (4 Prozent) und den Apothekern (1 Prozent). Wie sich die Schadenssumme genau aufschlüsselt, ist nicht bekannt.

Die Verdachtsfälle würden äußerst gründlich untersucht, da es manchmal schwierig sei, zwischen einem Fall der versehentlichen inkorrekten Abrechnung und einem Fall bewusster Falschabrechnung zu unterscheiden, teilte der vdek mit. Bei der Bekämpfung der Abrechnungsmanipulation liege es den Ersatzkassen fern, ganze medizinische Berufsgruppen pauschal an den Pranger zu stellen. Die überwiegende Mehrheit der Mediziner rechnete ihre Leistungen korrekt ab. *(ko)*

Beihilfe muss Beitrag für Sportverein zahlen

Die Beihilfe muss im Einzelfall den Mitgliedsbeitrag für einen Sportverein zahlen, wenn die Mitgliedschaft Voraussetzung für die Teilnehme an einem Reha-Kurs ist. Das hat das Verwaltungsgericht Berlin jetzt entschieden.

Im vorliegenden Fall hatte ein Beamter des Landes Berlin die Teilnahme am Koronarsport zur Vorbeugung und Behandlung einer Herzkrankheit ärztlich verordnet bekommen. Er war mit einem Beihilfesatz von 70 Prozent beihilfeberechtigt und reichte die Kosten für den wöchentlichen Reha-Kurs von 130 Euro sowie für den Jahresbeitrag von 180 Euro bei der Beihilfe ein. Diese aber wollte nur die Kosten für den Reha-Kurs übernehmen, nicht aber den Mitgliedsbeitrag.

Die 5. Kammer des Verwaltungsgerichts gab dem Kläger Recht. Aufwendungen für ärztlich verordneten Reha-Sport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung seien nach der Landesbeihilfeverordnung Berlin (LBhVO) beihilfefähig, heißt es in einer Pressemitteilung des Gerichts. Der Mitgliedsbeitrag sei in diesem Fall Voraussetzung gewesen, dass der Kläger zur Vorbeugung bzw. Behandlung einer Krankheit an dem Koronarsport überhaupt habe teilnehmen können, urteilten die Richter. Auch wenn bei anderen Anbietern die Zahlung eines Vereinsbeitrages vielleicht nicht erforderlich gewesen wäre, könne dies nicht zu einer Ablehnung der erbrachten Leistungen führe.

Gegen das Urteil ist der Antrag auf Zulassung der Berufung an das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg zulässig (Az.: VG 5 K 269.10). *(ks)*

kurz & knapp

Freie Therapeuten diskutieren mit Politkern +++ Die Gruppe der Freien Therapeuten ruft alle Kollegen im Landkreis Emsland und Ostfriesland zur aktiven Teilnahme an einer Podiumsdiskussion mit zwei CDU-Politikerinnen auf.

Die freien Therapeuten hatten mit einem Rundbrief an Politiker auf die Missstände für Heilmittelerbringer aufmerksam gemacht und unter anderem die Abschaffung der Richtgrößen gefordert. Erste Erfolge zeichnen sich jetzt in Niedersachsen ab. Dort haben nun alle Heilmittelerbringer (Ergo/Physio/Logo) die Möglichkeit, am 16.5.2012 mit zwei Mitgliedern des Bundestags aus der Fraktion der CDU über die aktuelle Situation der Heilmittelerbringer zu diskutieren. Karin Maag (Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages und dort zuständige Berichterstatterin u. a. für den Bereich der Heilmittelerbringer; CDU/MdB) und Gitta Connemann (CDU/MdB) wollen sich der Diskussion mit den Therapeuten stellen und sich für deren Belange einsetzen. Dazu sind alle Heilmittelerbringer, die etwas bewegen wollen, aus dem Landkreis Emsland und Ostfriesland eingeladen. *(ko)*

Die Podiumsdiskussion findet am Mittwoch, den 16.5.2012, um 9:30 Uhr in der HÖB (historisch-ökologische Bildungsstätte Emsland), Spillmannsweg 30 in 26871 Papenburg statt.

Kontakt:
Sven Ellmer
Praxis für Logopädie
Splitting links 12
26871 Papenburg
Tel.: 04961-974466
Fax: 04961-974599
E-Mail: logoellmer@web.de

Sozialausschuss des Landtages in Baden-Württemberg:

„Abrechnungspraxis muss erleichtert werden“

Der Rahmenvertrag zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und der AOK Baden-Württemberg eröffnet Heilmittelerbringern die Möglichkeit, innerhalb bestimmter Grenzen selbstständig ungültige Verordnungen zu korrigieren. In der täglichen Arbeit merken viele Heilmittelerbringer allerdings noch keine Verbesserung. Der Sozialausschuss des Landtages in Baden-Württemberg hat sich nun in einem entsprechenden interfraktionellen Antrag von CDU, Grünen, SPD und FDP/DVP auf seiner Sitzung am Donnerstag, 22. März 2012, der Problematik angenommen.

Einbehaltene Verordnungen und ungerechtfertigte Kürzungen prägen die Abrechnungssituation vieler Heilmittelerbringer in Baden-Württemberg mit der dortigen AOK. Obwohl es einen Rahmenvertrag zwischen der Kasse und den Physiotherapeuten gibt, der die Korrektur von Heilmittel-Verordnungen stark vereinfacht, scheinen sowohl die AOK als auch die Physiotherapeuten den Vertrag nicht wirklich umsetzen zu können. Grünen-Abgeordnete und Vorsitzende des Gremiums Bärbl Mielich teilte mit, dass die Landesregierung in dem angenommen Antrag ersucht wird, mit der AOK weitere Wege zu suchen, wie offensichtlich unbeabsichtigt fehlerhafte Verordnungen vor der Abrechnung berichtigt werden können, damit dem Heilmittelerbringer seine Leistung von der Krankenkasse vergütet wird. Die Ausschussmitglieder seien sich darin einig, dass die Abrechnungspraxis für die Heilmittelerbringer erleichtert werden müsse. Dabei sehe der Ausschuss vor allem die Krankenkassen gefordert, so Mielich.

Wie die Ausschussvorsitzende abschließend ausführte, beklagten die Heilmittelerbringer, also insbesondere Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, eine verstärkte Prüfpflicht von Heilmittelverordnungen, bei der selbst kleine Abweichungen zu einer Zurückweisung der Verordnung und damit zu einer Verweigerung der Leistungsvergütung führen. *(bu)*

Neuer „Praxiswissen Quickcheck“ zur Heilmittel-Verordnung

So sollen Ärzte es der AOK recht machen

Mit einem neuen Online-Lernprogramm sollen sich Ärzte und ihre Teams jetzt über die, nach Ansicht der AOK, „richtige“ Verordnung von Heilmitteln informieren. Allerdings lernt der Arzt bei diesem E-Learning Programm lediglich sich so zu verhalten, wie es die AOK gern hätte – Tipps zur angemessen Heilmittel-Versorgung der Patienten ohne Regress-Druck sucht man vergebens.

Jetzt hat die AOK das gemacht, was man immer von der KBV oder den Heilmittelverbänden erwartet hätte: Im "Quickcheck" können Ärzte anhand konkreter Fallbeispiele aus der Praxis ihr Wissen zur Verordnung von Physikalischer Therapie testen. Die AOK vertritt naturgemäß ihre eigenen Interessen – Arzt- und Therapeutenverbände überlassen damit erneut der AOK die Deutungshoheit über die Heilmittel-Richtlinie.

Deswegen laufen Ärzte bei diesem E-Learning Programm schnell in offene Fallen. So wird im schon beim zweiten Lernschritt behauptet, dass bei einem Arztwechsel der Behandlungsfall immer fortgesetzt werden müsse. Nicht erwähnt wird, dass Ärzte, die dann folgende Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausstellen, Gefahr laufen, in Regress genommen zu werden. Entweder hat hier jemand nicht aufgepasst oder es werden die Ärzte bewusst auf die falsche Fährte gelockt. So oder so kommt man schon an dieser Stelle zur Beurteilung: Nicht empfehlenswert!

Daran ändert auch nichts, dass die Formular-Abbildungen mit beispielhaften Eintragungen gut gemacht sind und zeigen, wie man die Felder nach Ansicht der AOK richtig ausfüllt. Dass man nach richtiger Beantwortung der Fragen am Ende ein Zertifikat ausdrucken darf, welches die erfolgreiche Teilnahme am Lernprogramm bestätigt, ist amüsant aber überflüssig.

Ergotherapeuten und Logopäden müssen sich nicht grämen. Sie kommen in diesem Praxiswissen Quickcheck gar nicht vor. Aber aufgepasst: Die AOK will ihr Angebot erweitern. Mit einem Quickcheck zur Häuslichen Krankenpflege hat alles angefangen, wer weiß, was jetzt noch kommt. *(bu)*

Wer den Quickcheck selbst ausprobieren möchte, kann das unter www.aok-gesundheitspartner.de tun.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Für Querschnittgelähmte und Schlaganfallpatienten

Bewegungsroboter als Ergänzung zur Physiotherapie

Wissenschaftler von der Universität Ulm und der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg haben einen Gehtrainer entwickelt, mit dem Patienten ihre Gehfähigkeit zu Hause intensiv weiter trainieren können – eine gute Ergänzung zur krankengymnastischen Behandlung.

Jedes Jahr erleiden 1.800 Menschen in Deutschland eine inkomplette Querschnittlähmung. Ziel der Rehabilitation sei es, wieder gehen zu lernen. Denn gehen zu können, bedeutet für die Patienten einen Gewinn an Lebensqualität und erleichtert den Wiedereinstieg ins Berufs- und Privatleben. Bisher konnten die Patienten das Gehen aber nur an Großgeräten in Kliniken und Rehazentren üben. Im häuslichen Umfeld gibt es – abgesehen von der krankengymnastischen Behandlung – kaum Trainingsangebote. Dies soll sich jetzt ändern. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) haben Professor Dr. Eberhard P. Hofer, Dr. Markus Knestel und Michael Vosseler von der Universität Ulm und Dr. Rüdiger Rupp vom Universitätsklinikum Heidelberg den im Jahr 2010 patentierten Bewegungsroboter „MoreGait“ (Motorizes orthosis for home rehabilitation of gait / Motorisierte Orthese für Rehabilitation des Ganges zu Hause) erfunden.

Weitere Informationen im Internet unter www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/NL_56.pdf.

Stimulation der Fußsohle

Dr. Rupp erläutert das Grundprinzip des Gehtrainers. Bei etwa 60 Prozent der Querschnittgelähmten seien noch ausreichend Nervenfasern im Gehirn und Rückenmark funktionsfähig. „Durch wiederholte Reize von außen können die Muskeln wieder aktiviert werden, die für das Laufen wichtig sind.“ Dabei sei es entscheidend, dass die Fußsohle belastet werde, was bislang nur in aufrechter Position und unter Aufsicht möglich war. Mit „MoreGait“ aber könnten die Patienten nun sicher und eigenständig in halb-liegender Position trainieren. Möglich werde dies durch ein computergesteuertes Fußteil, dem sogenannten „Stimulativen Schuh“, der das Abrollen des Fußes nachahme und den Reiz an den Fußsohlen künstlich erzeuge.

Die Leistungsfähigkeit des Heimtrainers konnte jetzt in einer ersten Studie am Universitätsklinikum Heidelberg mit 27 Querschnittsgelähmten nachgewiesen werden. „Nach acht Wochen Training konnten wir deutliche Fortschritte messen“, so Dr. Rupp in der Märzausgabe „Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung“. „Die Gehgeschwindigkeit der Patienten erhöhte sich, ihre maximale Gehstrecke verlängerte sich, unwillkürliche Muskelkrämpfe wurden weniger und die Kraft in den Beinen nahm zu.“ Neben dieser Studie planen die Wissenschaftler eine weitere mit Patienten nach einem Schlaganfall. *(ks)*

kurz & knapp

Hepatitis C auch ohne Nadelstichverletzung eine Berufskrankheit +++ Schon die erhöhte Infektionsgefahr kann aus einer Hepatitis-C-Erkrankung eine Berufskrankheit machen. Dies gelte auch ohne den Nachweis über eine konkrete Nadelstichverletzung. Das hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) jetzt entschieden. Das Urteil ist für Heilmittelbringer interessant, die Risiko-Patienten behandeln.

Im vorliegenden Fall war ein Krankenpfleger im Jahre 2002 wegen einer Hepatitis-C-Erkrankung drei Monate arbeitsunfähig und er beantragte die Anerkennung als Berufskrankheit.

Anhand von Berichten des früheren Arbeitgebers, der seit 1987 einen mobilen Pflegedienst betrieb, habe der Pfleger zwar täglich Umgang mit Spritzen und Kanülen gehabt, aber es habe keinen Nachweis über konkrete Verletzungen gegeben. Bei den Berichten über den Krankenpfleger fand sich jedoch unter den Diagnosen auch „vermehrter Alkoholkonsum“ und die Einnahme von Drogen, kurzzeitig auch Heroin. Der Antrag auf Anerkennung als Berufskrankheit wurde abgelehnt. Begründung: „Neben dem beruflichen Risiko stelle der Heroinkonsum eine mindestens gleichwertige Ursache dar.“

Gegen das Urteil hatte der Pfleger Berufung eingelegt. Er sei zu einem „Junkie“ gemacht worden, der er niemals gewesen sei. Ein Beweis, dass er Drogen gespritzt habe, sei nicht vorhanden. Das LSG gab dem Mann Recht. Es sei davon auszugehen, dass „der Kläger bei seiner Tätigkeit einer besonders erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen ist“, heißt es in dem Urteil. Ein Heroinkonsum sei aber nur dann ein außerberufliches Risiko, wenn es intravenös erfolge. Dies sei in diesem Falle aber nicht bewiesen worden, entschieden die Richter (Az.: L 17 U 138/10). *(ks)*

TK: 85 Prozent der Rückenoperationen sind überflüssig

Physio- und Schmerztherapie hilfreiche Alternative zur OP

Etwa 85 Prozent der operativen Eingriffe bei Patienten mit Rückenbeschwerden sind überflüssig. Das erklärt die Techniker Krankenkasse (TK). In vielen Fällen helfe auch eine Physio- oder Schmerztherapie, wie erste Auswertungen des TK-Angebots „Zweitmeinung vor Wirbelsäulen-Operationen" ergeben haben. Therapeuten können ihre Patienten über die Studie informieren.

Nach Auswertung aktueller Versichertendaten wurden im Jahr 2006 über 10.600 Wirbelsäulen-Operationen vorgenommen. Im Jahr 2011 waren es schon rund 19.000 Eingriffe, heißt es in einer TK-Pressemitteilung. Bereinigt um den Zuwachs der Versicherten sei die Anzahl der Operationen in diesem Zeitraum damit um 25 Prozent gestiegen.

Diesen Trend bestätige auch eine aktuelle Forsa-Umfrage im Auftrag der TK. Danach wurde jedem zehnten Patienten mit Rückenschmerzen von seinem Arzt empfohlen, „sich unters Messer zu legen", bei Patienten mit chronischen Schmerzen sogar jedem Sechstem, heißt es weiter. „Dabei sind 85 Prozent der verordneten Eingriffe unnötig", weiß Versorgungsexperte Frank Herrmann von der TK. Das hätten erste Auswertungen des TK-Angebots „Zweitmeinung vor Wirbelsäulen-Operationen" ergeben, in dem sich TK-Versicherte kostenlos eine professionelle Zweitmeinung einholen können.

In einem von 30 bundesweit eingerichteten Schmerzzentren untersucht ein Expertenteam aus Physio-, Schmerz- und Psychotherapeuten den Patienten erneut und empfiehlt gegebenenfalls eine Alternativtherapie. In knapp zwei Jahren haben bereits mehr als 500 Patienten das TK-Angebot genutzt, bei mehr als 420 von ihnen konnten die Experten Alternativen zur OP, wie Physio- oder Schmerztherapie, empfehlen. *(ks)*

Marktmacht der Patienten wächst

Der Gesundheitsmarkt bleibt auch in den kommenden Jahren ein Wachstumsmarkt. Bis 2020 werden die Umsätze im Gesundheitswesen weltweit auf insgesamt zehn Billionen US-Dollar steigen. Das ist ein Ergebnis der Langfriststudie der internationalen Managementberatung Bain & Company. Ein für Therapeuten interessantes Fazit: Patienten werden einen steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben künftig selber zahlen müssen, wodurch ihre Marktmacht wächst. Auch Heilmittelerbringer müssen sich auf die Veränderungen im Gesundheitsmarkt einstellen.

Bis 2020 werden die Gesundheitsausgaben um vier Billionen US-Dollar (drei Billionen Euro) wachsen – die Hälfte davon entfalle auf die Industrieländer, heißt es in einer Pressemitteilung des Unternehmens. Die Studie nennt dafür drei Gründe: Erstens gehe die anhaltende Alterung der westlichen Gesellschaft und die Ausbreitung von Zivilisationskrankheiten wie Diabetes und Fettleibigkeit mit steigenden Behandlungs- und Arzneimittelkosten einher. Zweitens verbessere der technische Fortschritt die Möglichkeiten, einst unheilbare Krankheiten wie Krebs zu therapieren. Und drittens fördere das höhere Gesundheitsbewusstsein der Menschen ihre Bereitschaft, Annehmlichkeiten wie Massagen oder Vitaminpräparate aus eigener Tasche zu zahlen.

In den nächsten Jahren werde es weitreichende Veränderungen geben, so die Managementberater. „Es geht in Zukunft nicht mehr um die bestmögliche Behandlung, sondern um die bestmögliche Behandlung zu den bestmöglichen Kosten", betont Dr. Norbert Hültenschmidt, Partner bei Bain & Company und Leiter der weltweiten Healthcare-Praxisgruppe. Darauf würden schon die Patienten achten, die künftig einen immer höheren Teil der Kosten selber zahlen müssen. „Die Marktmacht der Patienten wächst und verändert die Spielregeln im gesamten Gesundheitssektor. Egal ob Versicherer, Pharmahersteller oder Arzt, sie alle müssen sich wesentlich stärker an den Bedürfnissen ihrer Kunden, den Patienten, ausrichten."

Die größere Marktmacht der Patienten in den Industriestaaten und das wachsende Kostenbewusstsein änderten jedoch nichts an der Tatsache, dass der Gesundheitsmarkt weiterhin schneller wachsen wird als die Gesamtwirtschaft. *(ks)*

Service:
Die Langfriststudie „The Great Eight – Trillion-Dollar Growth Trends to 2020" finden Sie als pdf-Datei im Internet unter *www.bain.de.*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Verbesserung der Schlaganfall-Rehabilitation

Mediziner testen neue Therapie zur Apraxie

Schlaganfall-Patienten leiden am häufigsten unter motorischen Bewegungsstörungen. Neben Lähmungen gehören dazu auch sogenannte Apraxien, weniger offensichtliche Funktionsstörungen, die bisher nur schlecht zu behandeln waren. Für eine internationale Studie suchen jetzt Aachener und Leipziger Neurologen gemeinsam mit Kollegen aus Israel, Kanada und Italien nach neuen Therapieverfahren.

„Während es gute Therapieverfahren zur Rehabilitation von Lähmungen nach einem Schlaganfall gibt, sind die Behandlungsmöglichkeiten kognitiver Störungen wie komplexer Bewegungsabläufe bisher eher vernachlässigt worden", erklärt Prof. Dr. Ferdinand Binkofski, Direktor der Sektion Kognitive Neurologie am Universitätsklinikum Aachen und Studienkoordinator, den Hintergrund der Studie. Das EU-Projekt „COGSTROKE" (Cognitive recovery after stroke) zur verbesserten Schlaganfall-Rehabilitation läuft über drei Jahre und wird mit 1,5 Millionen Euro gefördert, je 300.000 Euro fließen in die Aachener und Leipziger Arbeitsgruppe.

Die Neurologen des Uniklinikums Leipzig werden dabei die Effektivität einer Therapie mit Gleichstromimpulsen zur Stimulation des verletzten Hirngewebes untersuchen, heißt es in einer Pressemitteilung des Uniklinikums Leipzig. „Unser Gehirn verfügt über eine bemerkenswerte Fähigkeit sich nach Verletzungen zu regenerieren", so Professor Dr. Josef Claßen, Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Leipzig. Die dem zugrundeliegenden Mechanismen seien allerdings noch weitgehend unbekannt. „Wir wissen aber aus anderen Untersuchungen, dass sich durch den Einsatz eines schwachen Stromimpulses die Veränderungsleistung des Gehirns steigern lässt."

„Schwache Stromimpulse steigern die Veränderungsleistung des Gehirns".

Diese Erkenntnis soll jetzt in einer neuen Methode zur Schlaganfall-Rehabilitation eingesetzt werden. Dabei werden Patienten während des Trainings der verlorenen Fähigkeiten sehr kleinen Stromimpulsen, ähnlich denen einer Taschenlampenbatterie, ausgesetzt. So sollen die Nervenzellen stimuliert werden, stärker die für komplexe Bewegungsabläufe notwendigen Synapsen zu bilden. „Wir gehen davon aus", so Claßen weiter, „dass so die Lernleistung gesteigert wird und das Gehirn sich die Prozesse besser merken kann." Erste Ergebnisse erwarten die Mediziner in drei Jahren. *(ks)*

Wer an sich glaubt, leistet im Job freiwillig mehr

Wer an sich selbst glaubt, kann Berge versetzen. Bochumer Sozialpsychologen der Ruhr-Universität Bochum haben jetzt herausgefunden, dass Mitarbeiter, die in ihrem Glauben an die eigenen Fähigkeiten bestärkt werden, stärker motiviert sind und freiwillig in ihrem Job mehr leisten – eine interessante Erkenntnis auch für Praxischefs. Die Ergebnisse wurden in der Zeitschrift „Wirtschaftspsychologie" veröffentlicht.

Mitarbeiter, die sich besonders verantwortlich um die Belange ihres Arbeitsbereiches kümmern, empfinden ein besonderes Glücksgefühl, schreiben die Studienautoren und verweisen darauf, dass nach neueren Ergebnissen „Hilfsbereitschaft das Wohlbefinden und die Gesundheit der Helfer fördern kann". Freiwilliges Engagement fördere das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Für ihre Untersuchung haben die Bochumer Wissenschaftler Hans-Werner Bierhoff, Karolina Lemiech und Elke Rohmann 126 Personen in unterschiedlichen beruflichen Positionen und verschiedenen Branchen befragt. Zehn Prozent der Befragten waren Führungskräfte, 72 Prozent Mitarbeiter, sieben Prozent Selbständige und elf Prozent Auszubildende. Im Mittelpunkt ihrer Analyse standen die vier Motivationsfaktoren „Selbstwirksamkeit", „Kontrolleinschätzung", „Veränderungsorientierung" und „flexible Rollenorientierung".

Fazit: Die „Selbstwirksamkeit", also der Glaube, bestimmte Arbeitsaufgaben bewältigen zu können, nahm eine herausragende Rolle im Kontext von Eigenverantwortung und freiwilligem Arbeitsengagement ein. „Wenn man den proaktiven Motivationsprozess mit der Erkenntnis über die günstige Wirkung positiver Arbeitsatmosphäre und hoher Partizipation kombiniert", so folgern die Autoren, „kann das freiwillige Arbeitsengagement umfassend gefördert werden." *(ks)*

Service: Die Studie von Hans-Werner Bierhoff, Karolina Lemiech, Elke Rohmann „Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Freiwilliges Arbeitsengagement" finden Sie in „Wirtschaftspsychologie", Heft 1-2012, S. 83 bis 90.

Stromimpulse fördern Reha von Handlähmungen nach Schlaganfall

Durch Stromimpulse der Fingernerven lässt sich der Reha-Erfolg bei Handlähmungen nach einem Schlaganfall deutlich steigern. Das meldet die Ärztezeitung und bezieht sich auf eine Studie, die auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN) in Köln vorgestellt wurde.

Der Neuroinformatiker PD Dr. Hubert Dinse vom Uniklinikum Bochum stellte die Daten einer Studie mit Patienten vor, bei denen nach einem Schlaganfall eine Hand teilweise gelähmt war. Die Reha begann im Schnitt knapp sechs Wochen nach dem Infarkt. Ein Teil der Patienten erhielt eine Reha mit Ergotherapie, Physiotherapie und Heilpädagogik, der Rest bekam zusätzlich eine hochfrequente Stimulation der Fingernerven, in der Regel 20 Impulse pro Sekunde mit einer Dauer von 200 Mikrosekunden. Die Therapie lief über zehn Sitzungen à 45 Minuten innerhalb von zwei Wochen.

Vor und nach der Therapie wurden die sensorische und motorischen Funktionen überprüft. Fazit: Bei den sensorischen Fähigkeiten besserten sich die Werte bei den Patienten mit zusätzlicher Stimulation von etwa 67 auf knapp 80 Prozent (67 auf 70 Prozent bei den Patienten mit herkömmlicher Reha). Die motorischen Fähigkeiten lagen bei allen Patienten zu Beginn bei 60 Prozent, stiegen bei der Gruppe mit Stimulation auf etwa 80 Prozent gegenüber 70 Prozent bei der Gruppe mit der Standard-Reha.

Andere Studien, so Dinse, hätten gezeigt, dass auch mehrere Jahre nach dem Schlaganfall mit einer Stimulation über Monate hinweg Besserungen der sensomotorischen Fähigkeiten erreicht wurden. Eine solche Langzeittherapie sei kein Problem, da das Gerät sehr klein und einfach zu bedienen sei.

Durch die Stimulation der Fingernerven würden sensorische Bereiche im Gehirn aktiviert. Je stärker die Hirnareale reorganisiert würden, desto besser könnten Patienten mit der betroffenen Hand Sinneseindrücke wahrnehmen oder Dinge ertasten und ergreifen, so Dinse weiter, der die Studie in Kooperation mit Professor Martin Tegenthoff vom Neurologischen Universitäts- und Poliklinik Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil erstellt hat. *(ks)*

Abnehmen ist das beste Rezept gegen Knieschmerzen

Schmerzreduktion als Motivation

Abnehmen ist das beste Rezept gegen Knieschmerzen. Einer dänischen Studie zufolge besserten sich die Schmerzen trotz nachgewiesener Schäden im Kniegelenk, wenn die übergewichtigen Patienten ihr Gewicht um zehn Prozent reduzierten. Das meldet die Ärztezeitung und bezieht sich auf eine Veröffentlichung der Studie in der Fachzeitschrift „Osteoarthritis and Cartilage 2012". Therapeuten können ihre Patienten auf die Studie hinweisen.

An der Untersuchung hatten 175 übergewichtige Patienten mit Knieschmerzen teilgenommen. Die meisten Patienten waren Frauen über 60 Jahre mit einem durchschnittlichen BMI von 37. Sie absolvierten eine 16-wöchige Diät mit Formulaprodukten und eine Beratung gemäß den dänischen Leitlinien für gesunde Ernährung.

Das Ergebnis: Die Knieschmerzen und die Alltagsfunktion verbesserten sich um 14 bzw. knapp 16 Prozent, unabhängig davon, wie stark das Kniegelenk geschädigt war. Bei 64 Prozent der Patienten zeigte sich eine wesentliche Verbesserung nach den OMERACT-OARSI-Kriterien (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials bzw. Osteoarthritis Research Society International).

Den meisten Patienten fiele eine dauerhafte Gewichtsreduktion sehr schwer, erklärten die Forscher der Universität Kopenhagen in Frederiksberg. Doch die Aussicht auf eine Besserung der Knieschmerzen habe die Studienteilnehmer offenbar sehr motiviert: Von 192 Patienten, die mit der Diät begonnen hatten, hielten immerhin 175 die ganzen 16 Wochen durch. *(ks)*

Therapeutisches Bogenschießen

Mit Pfeil und Bogen zum Therapieerfolg

Das Highlight der Behandlung von Ergotherapeutin Sabine Stein aus dem baden-württembergischen Laufenburg lautet „Therapeutisches Bogenschießen". Ein Konzept, das nicht nur Spaß macht, sondern kleine Patienten motiviert und den Therapieerfolg fördert. Eine Selbstzahlerleistung, die Patienten auch von weiter her in die Praxis lockt.

Seit zwei Jahren gehört Bogenschießen zum Leistungsangebot der 49-jährigen Ergotherapeutin, die vor 18 Jahren ihre Praxis eröffnete. Gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten, dem Dozenten und Trainer im intuitiven Bogenschießen Rainer Blank, übt sie mit Kindern und Jugendlichen den Umgang mit Pfeil und Bogen, sofern dies aus therapeutischen Gründen sinnvoll ist. Schwächen in der bilateralen Koordination, der Grob- und Feinmotorik, der Blicksteuerung, der Serialität oder auch der Konzentration und Aufmerksamkeit sind nur einige Indikationen. „Bei Kindern mit ADHS und Dyspraxie erreichen wir bemerkenswerte Ergebnisse", meint Stein. „Während sie in der Schule und zuhause oft große Verhaltensauffälligkeiten zeigen, sind sie auf dem Bogenfeld höchst konzentriert, halten sich an Regeln und Grenzen und üben das Warten, bis sie an der Reihe sind."

Schonendes Training fast aller Muskeln

Das Bogenfeld ist ein freies Gelände am Ortsrand in der Nähe der Praxis – ein weiterer Vorteil, so der 54-jährige begeisterte Bogenschütze Rainer Blank, denn so fließen zusätzlich naturpädagogische Aspekte in die Therapie ein. Familie Stein/Blank betreibt den Bogensport schon seit etwa fünf Jahren aktiv und absolvierte verschiedene Fortbildungen dazu. Seit Ende März haben sie selbst das Trainerzertifikat und können selber Bogentherapeuten ausbilden.

Effektive Therapie

Bogenschießen sei für die Therapie deshalb so effektiv, weil es neben den oben genannten Aspekten auch noch weitere ergotherapeutische Vorteile bietet. Fast alle Muskeln von der Schulter-, Arm-, Hals- und Rückenregion absteigend bis zu den Füßen werden beansprucht und schonend trainiert. Dies verbessere die Körperhaltung und die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Darüber hinaus profitieren die kleinen und großen Bogenschützen natürlich von einer deutlichen Steigerung des Selbstwertgefühls und vom Kompetenzerwerb.

Bei Sabine Stein wird ausschließlich die traditionelle Form des Bogenschießens angewandt, auch als „instinktives“ oder „intuitives“ Bogenschießen bekannt. Daher wird auch nur mit Lang oder Recurvebögen ohne technische Hilfsmittel trainiert.

Bogenschießen in kleinen Gruppen

Geübt wird in kleinen Gruppen von maximal vier Kindern, von denen jeweils zwei gleichzeitig schießen – immer unter der Aufsicht von zwei Therapeuten. Die Kinder sind zwischen acht und 14 Jahre alt, der Jüngste ist derzeit sieben. Im Rahmen eines 10er-Rezepts sind höchstens zwei Einheiten Bogenschießen dabei, denn, so Blank, „es soll schließlich etwas Besonderes bleiben“. Und das ist es für die kleinen Patienten sicherlich auch. „Jetzt, wo es allmählich wärmer wird, fragen schon die ersten nach, wann es denn endlich wieder aufs Bogenfeld geht“, freut sich Stein.

„Das Bogenschießen ist eine tolle Ergänzung zu unserem Therapieangebot“.

Dieses spezielle Therapieangebot fand anfangs nur praxisintern statt. „Wir waren zunächst sehr zurückhaltend, da wir nicht wussten, wie die Ärzte und Eltern darauf reagieren würden“, so Stein. Inzwischen aber erhielten sie durchweg positive Rückmeldungen, auch von ärztlicher Seite wird diese Aktivität ausdrücklich begrüßt. Derart motiviert wurde inzwischen ein Konzept erarbeitet, um dieses Angebot noch zu vertiefen. Ab dem Frühsommer wollen sie auf der Homepage etwas offensiver werben – nicht nur als Teil der Ergotherapie, sondern unter dem Aspekt „Erlebnis- und Naturpädagogik/Outdoor-Aktivitäten“. Und davon gibt es in der Praxis Stein inzwischen eine ganze Menge, beispielsweise das „Goldwaschen am Rhein“, das „Drachenfest“ oder die beliebte „Kanu-Tour“, die bei allen Kindern großen Anklang findet. „Erst kürzlich“, so erzählt Blank, „rief ein 14-jähriges Mädchen ein halbes Jahr nach ihrem Therapieende an und fragte, ob sie auch ohne ein Ergo-Rezept an der Kanufahrt mitmachen darf – natürlich darf sie!“ Ein anderes Kind war so begeistert, dass es auf dem Bogenfeld seinen Geburtstag mit acht Freunden feiern wollte...

Unglaublich hoher Motivationscharakter

„Das Bogenschießen ist eine tolle Ergänzung zu unserem Therapieangebot“, schwärmt Blank, „und es hat einen unglaublich hohen Motivationscharakter für die Kinder.“ Die Idee hat sich herumgesprochen, und inzwischen finden junge Patienten aus einem Umkreis von 20 Kilometern aus dem Hochschwarzwald den Weg in die Praxis von Sabine Stein. Eine nachahmenswerte Idee, findet auch Rainer Blank. Allerdings empfiehlt er allen Therapeuten, den Umgang mit Pfeil und Bogen erst einmal selbst mindestens ein halbes Jahr zu üben und auf jeden Fall an einer Fortbildung „Therapeutisches Bogenschießen“ teilzunehmen. *(ks)*

Ergotherapeutin Sabine Stein bietet therapeutisches Bogenschießen in ihrer Praxis an.

Kontakt: Sabine Stein, Ergotherapie – Homöopathie – Ernährungsberatung, Hauptstraße 17, 79725 Laufenburg, Telefon: 07763-9189394, E-Mail: info@sabine-stein.de, www.sabine-stein.de

Der Dozent und Trainer im intuitiven Bogenschießen Rainer Blank übt mit Kindern und Jugendlichen den Umgang mit Pfeil und Bogen.

Der Abrechnungstipp

Unterbrechungsfristen zwischen zwei Behandlungen

Immer wieder werden Verordnungen von Krankenkassen wegen formaler und inhaltlicher Fehler abgesetzt. Wir zeigen Ihnen, wie Sie Absetzungen vermeiden und fassen zu verschiedenen Abrechnungsthemen alle wichtigen Regeln und Besonderheiten auf einen Blick zusammen. Sie können die Rubrik nutzen, um bei Fragen nachzuschlagen. Sie können den Artikel Ihren Mitarbeitern und Rezeptionsfachkräften als Nachschlaghilfe geben oder Ihrem zuweisenden Arzt als Information. Alle Artikel können up-premium plus Kunden kostenfrei an der Hotline abrufen oder im buchner Shop downloaden. So kommen Sie formal korrekt durch den Verordnungsdschungel und schützen sich vor Absetzungen.

Ist der Abstand zwischen zwei Behandlungen zu groß, verliert eine Verordnung für die weiteren Behandlungstermine ihre Gültigkeit. Die meisten Rahmenverträge geben sehr detailliert Auskunft darüber, wann der maximale Abstand zwischen zwei Behandlungen aus welchem Grund überschritten werden darf, und zwar wie oft und wie lange. Leider unterscheiden sich diese Verträge von Bundesland zu Bundesland, von Kassenart zu Kassenart und auch zwischen Logopädie, Ergo- und Physiotherapie sowie Podologie. Wer die für ihn zutreffenden Regeln kennt, wird genau wissen, wann eine Fristüberschreitung möglich ist und wie man dann die Verordnung regresssicher und erfolgreich abrechnet.

§ GRUNDREGELN

- Wird die Behandlung – also der Abstand zwischen zwei Behandlungsterminen – länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit (§ 16 Abs. 3 HeilM-RL).
- Die Verordnung bleibt jedoch auch bei einer Unterbrechung von mehr als 14 Kalendertagen gültig, wenn dafür begründete Ausnahmefälle vorliegen, wie zum Beispiel bei Krankheit des Patienten (§ 17 Abs. 5 Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V).
- Was als „begründeter Ausnahmefall“ anzusehen ist, wird in den jeweiligen Rahmenverträgen festgelegt.

SELBST KORRIGIEREN

- Die Regel, wie man die 14 Kalendertage-Unterbrechungs-Frist korrigieren darf, hängt von drei Faktoren ab:
  - Kassenart (vdek, RVO etc.)
  - Berufsgruppe (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, Podologie)
  - Bundesland (in NRW 2 KV-Gebiete)
- Als Beispiel werden im Folgenden die Unterbrechungs-Regelungen der Ersatzkassen erläutert, die bundesweit einheitlich und für Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten wortgleich in den Verträgen festgeschrieben sind.
- vdek: Drei begründete Ausnahmefälle: (6 Abs. 4 vdek Rahmenvertrag)
  - Therapeutische indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung (z. B. telefonische Rücksprache) mit dem behandelnden Arzt – Kürzel → (T)
  - Krankheit des Patienten – Kürzel → (K)
  - Ferien bzw. Urlaub des Patienten/ Therapeuten (F)
- Der Leistungserbringer dokumentiert mit dem Kürzel den Grund für die Überschreitung der Unterbrechungsfrist direkt auf der Rückseite der Verordnung zwischen den beiden Terminen unter Hinzufügung des Datums und seines Handzeichens.
- Aufpassen: Diese Regelungen gelten nur für Verordnungen zu Lasten der Ersatzkassen. Bei Verordnungen zu Lasten zum Beispiel der AOK können andere Kürzel und andere Fristen festgeschrieben sein (s. u.).

KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Korrekturen durch den Arzt sind bei den Unterbrechungsregelungen generell nicht vorgesehen.
- Lediglich bei therapeutisch indizierten Behandlungsunterbrechungen wird in den meisten Rahmenverträgen eine Rücksprache mit dem Arzt gefordert, die jedoch auch telefonisch erfolgen kann.

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Von Bundesland zu Bundesland unterscheiden sich die Unterbrechungs-Regelungen. Deswegen muss man als Praxisinhaber leider jeden einzelnen Rahmenvertrag, der für die Praxis gilt, lesen.
- Dabei sucht man nach Regelungen zur „Durchführung der Heilmitteltherapie“ oder „Behandlungsdurchführung“.
- Hier werden die Unterbrechungs-Regelungen genau beschrieben. Dabei sollte man auf folgende Punkte achten:
  - Art und zugehöriges Kürzel der begründeten Ausnahmefälle
  - Ist die Anzahl der Unterbrechungen je Verordnung begrenzt? (Wenn nicht, dann kann so oft unterbrochen werden, wie nötig)
  - Ist die Dauer der Unterbrechung nach oben hin, zum Beispiel in Kalendertagen, begrenzt? (Wenn nicht, kann die Unterbrechung theoretisch bis zu 12 Wochen dauern).

- Wie muss die Unterbrechungs-Regel auf der Verordnung dokumentiert werden? (Keine Angabe: siehe vdek)

BESONDERHEITEN

- Zahnärztliche Verordnungen: Bei Verordnungen von Zahnärzten auf dem Muster 16 stellen sich manche Krankenkassen auf den Standpunkt, dass auch hier die Unterbrechungs-Regelungen der Rahmenverträge eingehalten werden müssen. Grundsätzlich gilt die HeilM-RL (und damit auch die dortigen Fristen) nicht für Zahnärzte. In den Rahmenverträgen sind aber die Unterbrechungs-Regelungen unabhängig von der HeilM-RL ausdrücklich vereinbart worden und entfalten damit eben auch Bindungswirkung für zahnärztliche Verordnungen. Damit gelten aber auch die oben genannten Korrekturmöglichkeiten.
- BG Verordnungen: Die Angaben auf der VO hinsichtlich der Behandlungsfrequenz müssen zwingend eingehalten werden. Damit ist einen Fristüberschreitung generell nicht möglich.
- Privatärztliche VO: Vertrag kommt nur zwischen Heilmittelpraxis und Patient zustande. Keine Vorgaben für die Abstände zwischen zwei Behandlungsterminen. Damit der Patient später keine Probleme bei der Erstattung bekommt, hilft es, medizinisch sinnvolle Fristen einzuhalten.
- „Schummel"-Abrechnungen, mit fiktiven Behandlungsdaten – um längere Unterbrechungen zu kaschieren – sind rechtlich gesehen Betrug. Sie müssen vier Jahre rückwirkend zurückgezahlt werden, führen zu einer Anzeige bei der Staatsanwaltschaft und können zusätzlich mit einer Vertragsstrafe belegt werden.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Abrechnungen mit falschen Daten werden in letzter Zeit vermehrt von den Krankenkassen aufgedeckt und stellen ein unverhältnismäßig und gleichzeitig unbezahlbar hohes Risiko dar. Deswegen sollte unter keinen Umständen mit einem falschen Behandlungsdatum abgerechnet werden.
- Besser ist es, die Unterbrechungsregelungen aus den Rahmenverträgen nachzuschlagen, zu kennen und sinnvoll anzuwenden.

Der Leistungserbringer dokumentiert mit dem Kürzel den Grund für die Überschreitung der Unterbrechungsfrist direkt auf der Rückseite der Verordnung zwischen den beiden Terminen unter Hinzufügung des Datums und seines Handzeichens.

Durch Kostenübernahme Mitarbeiter binden

Fortbildungsvereinbarung rechtssicher formulieren

Qualifizierte Mitarbeiter sind für jede Praxis eine Bereicherung. Das macht sich sowohl bei den Therapieerfolgen bemerkbar, als auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Praxisinhaber können ihre Mitarbeiter mit einer Fortbildungsvereinbarung motivieren, sich weiterzubilden und sie zugleich langfristig an die Praxis binden.

Fortbildungen sind für Praxischef Martin Meier* wichtig. Er legt großen Wert auf eine qualitativ hochwertige Behandlung seiner Patienten und wünscht sich dies auch von seinen Mitarbeitern. Deshalb unterstützt er sie bei ihren Fortbildungsaktivitäten. Natürlich möchte er, dass seine Kollegen, die er bei einer Fortbildung unterstützt hat, möglichst lange in der Praxis bleiben. Doch vor kurzem musste er eine bittere Erfahrung machen. Er finanzierte einen Teil der Bobath Ausbildung seines Mitarbeiters. Kurze Zeit nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung verließ dieser die Praxis, um sich selbständig zu machen. Meier blieb auf den investierten Kosten sitzen. Beim nächsten Mitarbeiter möchte er sich gegen das Risiko absichern. „Was kann ich tun, um meine Mitarbeiter bei ihren Fortbildungen zu unterstützen und sie möglichst langfristig an meine Praxis zu binden?“, fragt sich der Praxisinhaber.

„Von einer Fortbildungsvereinbarung profitieren alle Beteiligten“.

Fortbildungsvereinbarung treffen

„Martin Meier kann mit seinem Mitarbeiter eine sogenannte Fortbildungsvereinbarung treffen“, erklärt Rechtsanwältin Özlem Erdem-Wulff. So eine Vereinbarung kann jederzeit und mit jedem Mitarbeiter individuell vor jeder Fortbildung geschlossen werden. Der Vorteil: Praxisinhaber und Mitarbeiter können ganz individuell auf die jeweilige Fortbildung bezogen spezifischen Punkte vertraglich festhalten und so Zufriedenheit bei allen Beteiligten schaffen. Der Praxischef kann zum Beispiel seinen Mitarbeiter für eine bestimmte Anzahl von Tagen für die Fortbildung freistellen. Oder er übernimmt einen Teil der Kosten.

Der Praxischef möchte seine Mitarbeiter als Motivation gerne auch finanziell unterstützen und sich an den Fortbildungskosten beteiligen. Was aber, wenn der Mitarbeiter kurzfristig nach Abschluss der Fortbildung aus der Praxis ausscheidet? Muss der Mitarbeiter dann das Geld zurückzahlen? Ja – sofern Martin Meier und sein Mitarbeiter in der Fortbildungsvereinbarung eine Rückzahlungsklausel festgehalten haben. „Eine solche Rückzahlungsklausel verpflichtet den Mitarbeiter zur vollständigen oder teilweisen Rückzahlung der vom Praxischef aufgewendeten Kosten für die Fort- oder Weiterbildung, wenn er vor Ablauf einer bestimmten

Frist aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet“, erklärt die Rechtsanwältin.

Generell sind Rückzahlungsklauseln aber nur dann wirksam, wenn das Arbeitsverhältnis durch den Mitarbeiter selbst oder er von dem Arbeitgeber wegen eines Fehlverhaltens gekündigt wird. Kündigt hingegen Martin Meier das Arbeitsverhältnis, zum Beispiel aus betriebsbedingten Gründen, kann er auch bei einer Rückzahlungsklausel keine Ansprüche stellen. „Aha“, überlegt Martin Meier, „was muss ich denn bei der Rückzahlungsvereinbarung beachten?“ Hier gibt es fünf Kriterien, auf deren Einhaltung die Gerichte genauen Wert legen.

1. Inhaltliche Anforderungen

Ein Mitarbeiter muss mit der Fortbildungsmaßnahme eine „angemessene Gegenleistung“ für die Rückzahlungsverpflichtung erhalten. Das sind zum Beispiel besondere Kenntnisse oder Fähigkeiten, die der Mitarbeiter vereinbarungsgemäß weiterhin im Betrieb einsetzen soll. Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten muss er auch außerhalb der Praxis verwerten und ggf. höher qualifizierte und dotierte Aufgaben übernehmen können. Durch die Fortbildung muss der Mitarbeiter also auch eigene Interessen und/oder Vorteile verwirklichen können.

Möchte der Mitarbeiter von Martin Maier zum Beispiel einen Bobath-Kurs besuchen, so erwirbt er bei erfolgreichem Abschluss ein Zertifikat, das ihn zu einer höheren Abrechnungsposition befähigt. Diese Qualifikation wird sich bei einer Bewerbung in einer anderen Praxis natürlich auswirken. Der angestellte Physiotherapeut hat daher an der Fortbildung (auch) ein eigenes Interesse. Ist die Fortbildung allerdings nur innerbetrieblich nutzbar, kann Martin Meier keine Rückzahlungsklausel vereinbaren.

2. Abwägung Arbeitgeber- / Arbeitnehmerinteressen

Je höher das Interesse des Mitarbeiters an der Fortbildung ist, umso eher kann ihm eine Kostenbeteiligung zugemutet werden. Hat nur der Arbeitgeber ein Interesse an der Fortbildung, kann er keine Rückzahlung verlangen.

3. Bindungsdauer

Durch eine Rückzahlungsklausel darf der Mitarbeiter grundsätzlich für eine bestimmte Zeit an die Praxis gebunden werden. Die zulässige Bindungsdauer hängt von der Dauer der Fortbildungsmaßnahme ab. Beide müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Die dem Arbeitnehmer zumutbare Bindungsdauer wird von den Gerichten aufgrund einer Güter- und Interessenabwägung unter Berücksichtigung der Umstände des konkreten Einzelfalles ermittelt. Als ungefähren Richtwert kann man die Ergebnisse aus drei Grundsatzurteilen heranziehen. Bei einem Monat Fortbildungsdauer darf der Mitarbeiter nicht länger als sechs Monate an die Praxis gebunden werden. Bei zwei bis vier Monaten nicht länger als zwei Jahre. Diese Zeiträume sind nur Richtwerte, so dass jede Praxis individuell für jeden Fall entscheiden muss.

4. Verminderung mit Zeitablauf

Die Erstattungspflicht des Mitarbeiters muss sich entsprechend der Bindungsdauer monatlich vermindern. Das heißt, je länger er nach Abschluss der Maßnahme im Betrieb verbleibt, umso weniger muss er zurückzahlen.

5. Betragsmäßige Begrenzung

Die Höhe der Rückzahlungsverpflichtung ist begrenzt auf die tatsächlich vom Arbeitgeber aufgebrachten Kosten und den in der Rückzahlungsklausel vereinbarten Betrag.

Martin Meier freut sich. Er weiß jetzt, wie er seine Mitarbeiter bei ihren Fortbildungen unterstützen kann und sie möglichst lange im Team behalten kann. „Eine Win-Win-Situation für beide Seiten“, findet der Praxischef. „Aber“, kommt ihm dann doch noch ein Gedanke, „was passiert denn im schlimmsten Fall, wenn die Rückzahlungsklausel einfach nicht eingehalten wird und der Mitarbeiter zwar gegangen ist, aber nicht zahlen will?“

Auch dafür gibt es natürlich gesetzliche Regelungen. „Weigert sich ein Mitarbeiter trotz vereinbarter Rückzahlungsklausel bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses Zahlungen zu leisten, kann Martin Meier von dem noch nicht ausgezahlten Gehalt an seinen Mitarbeiter den Betrag einhalten, der ihm seiner Auffassung nach durch die Fortbildungskosten zusteht. In diesem Fall muss der Mitarbeiter auf Zahlung der – nach seiner Auffassung zu Unrecht einbehaltenen Vergütung – vor dem Arbeitsgericht klagen“, erklärt die Rechtsanwältin. Bestehen dagegen keine Vergütungsansprüche mehr, muss der Praxischef seinen Anspruch auf Rückzahlung von Fortbildungskosten beim Arbeitsgericht geltend machen. *(öz/ko)*

*Name v.d.Red. geändert

up-premium plus

up-premium plus Kunden können Musterverträge einer Fortbildungsvereinbarung kostenlos bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

Werbe-Ideen für die Praxis

Physiotherapie in acht verschiedenen Sprachen

„Welcome! Bienvenue! Hosgeldiniz! Ahlan wa sahlan!" Wer die Praxis von Physiotherapeut Ismail Kömürcüoglu in Kiel-Gaarden betritt, wird in acht verschiedenen Sprachen willkommen geheißen. Damit ist sie die einzige Praxis in Norddeutschland mit einem derartigen Angebot – eine Marketingidee, die sich lohnt.

Nach seinem Examen 1999 war der 42-jährige Therapeut türkischer Herkunft in Krankenhäusern und bei Ärzten immer wieder gern als Übersetzer zu Rate gezogen worden, um sich mit den Patienten verständigen zu können. Die Idee einer mehrsprachigen Behandlung war geboren. Als er im April 2010 seine Praxis in Kiel-Gaarden, das auch als „Klein-Istanbul" bezeichnet wird, eröffnete, hatte er sich vorab darüber informiert, welche Sprachen dort vorrangig verbreitet sind. Das Ergebnis: Ein hoher Anteil an türkischen und arabischen Migranten, aber auch Menschen kurdischen und russischen Ursprungs.

Mitarbeiter mit verschiedenen Muttersprachen

Damit war die Grundlage der mehrsprachigen Praxis gelegt. Gezielt suchte der Praxisinhaber seine Mitarbeiter nach ihren Muttersprachen aus. Über das Arbeitsamt, internationale Anzeigen im Internet – aber auch durch zufällige Begegnungen erweiterte sich sein Team.

Die Praxis in Gaarden deckt nicht nur sämtliche Fachgebiete ab, sie punktet auch durch inzwischen acht Sprachen: Neben Deutsch wird Türkisch, Arabisch, Russisch, Kurdisch, Polnisch, Persisch, Englisch und Französisch gesprochen. „Französisch kam eher zufällig", meint der Therapeut. „Wir haben eine Mitarbeiterin aus Marokko – ein Glücksfall, da es hier auch viele Bewohner aus den ehemaligen französischen Kolonien gibt." Allerdings lege er großen Wert darauf, dass untereinander nur Deutsch gesprochen werde.

Anfangs hat Kömürcüoglu einen großen Werbeaufwand betrieben, Anzeigen und redaktionelle Beiträge in deutschen und türkischen Zeitungen geschaltet, Flyer bei Ärzten und anderen gesundheitlichen Institutionen ausgelegt, sowie die eigene Homepage gestaltet – natürlich auch in türkischer Sprache. Weitere Sprachen sollen folgen, geplant ist die Internetpräsentation auf Russisch, Polnisch, Arabisch und Französisch.

Mehrsprachigkeit ist Patientenmagnet

Doch die Mehrsprachigkeit allein mache den Erfolg seiner Praxis nicht aus. „Wir müssen uns in Deutschland darauf einstellen", gibt der Praxisinhaber zu bedenken, „dass wir eine Subkultur haben, um die wir uns verstärkt kümmern müssen." Das heißt, man muss im Umgang mit dem muslimischen Kulturkreis bestimmte Formen wahren und respektieren. So scheuten sich beispielsweise türkische und arabische Frauen vor einer Behandlung mit Männern – eine Vorgabe, die Praxen unbedingt berücksichtigen sollten.

Ein weiteres großes Problem für Praxen sei, so Kömürcüoglu, die südländische Einstellung zu Terminen und Pünktlichkeit. „Manche Patienten kamen mit 20 Minuten Verspätung zur Behandlung, wenn sie dann aber nicht gleich dran kamen, wurden sie wütend." Anfangs hätten sie versucht, die Patienten zu ändern, „inzwischen haben wir uns darauf eingestellt und Pufferzonen eingeführt bzw. einen Kollegen auf Abruf".

Dieses Einfühlungsvermögen in die Mentalität seiner Patienten war der Schlüssel zum Praxiserfolg. Drei Monate nach Eröffnung kamen schon 500 Patienten zu ihm – inzwischen sind es rund 1.200. Der Ausländeranteil liege bei 60 bis 70 Prozent. Viele Patienten kämen aus dem Kieler Umkreis, aber es gebe auch Patienten, die zweimal pro Woche aus Flensburg anreisten.

„Wir sind eine Anlaufstelle für viele Probleme geworden", sagt Kömürcüoglu. Manche türkische Patienten kämen mit Verspannungen, litten aber eigentlich unter psychischen Problemen. Die Erfahrung zeige, dass sie wenig Vertrauen zu Ärzten haben, da diese oft nur die Symptome therapierten. „Wir hören uns ihre Geschichten an und versuchen ihnen klarzumachen, dass Depression eine Krankheit ist, die behandelt werden kann", so der Physiotherapeut, der seinen Beruf nach wie vor als Berufung empfindet. *(ks)*

Kontakt:
Physiotherapie-Gaarden
Augustenstraße 30 · 24143 Kiel
Tel.: 0431-2474 6381 · Fax: 0431-2474 6382
E-Mail: info@physiotherapie-gaarden.de
www.physiotherapie-gaarden.de

Checkliste:
Das gehört in einen korrekten Vertrag zwischen Praxis und Privatpatient

Einer der häufigsten Fälle, warum die PKV eine Leistung nicht erstattet, ist das Fehlen einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Therapeut und Patient. Liegt ein schriftlicher Vertrag hingegen vor, muss die PKV die Kosten auch erstatten und zwar relativ unabhängig von der Höhe des Preises. Aus diesem Grund sollte immer vor der Behandlung das Vertragsverhältnis schriftlich fixiert werden. Folgende Punkte gehören in einen korrekten Behandlungsvertrag zwischen Praxis und Patient.

- ☐ **1. Namen der Vertragspartner**
- ☐ **2. Leistung**
  (Therapieart gem. Leistungsübersicht, evtl. Anzahl, evtl. Zusatzqualifikation, evtl. Dauer)
- ☐ **3. Höhe der vereinbarten Vergütung je Einzelleistung**
- ☐ **4. Fälligkeit der Vergütung**
  (ist die Fälligkeit der Vergütung nicht ausdrücklich benannt, so ist die Vergütung stets nach Erbringung der Einzelleistung, jedoch spätestens zum Rechnungsdatum fällig)
- ☐ **5. Gültigkeit / Laufzeit des Vertrages**
  (der Vertrag wird nur dann zeitlich begrenzt, wenn dies ausdrücklich im Vertrag vereinbart wurde. Ansonsten beendet eine Therapiepause von mehr als 12 Wochen die Gültigkeit / Laufzeit des geschlossenen Vertrages)
- ☐ **6. Hinweis zur Erstattungspraxis der Kostenträger**
  (z. B. „Eine Erstattung durch die Kostenträger ist nicht gewährleistet“)
- ☐ **7. Unterschrift und Praxisstempel, Unterschrift des Patienten**
- ☐ **8. Ort und Datum**

! *Laut Gesetz muss jeder Vertragspartner (also Praxis und Patient) eine Ausfertigung des unterschriebenen Vertrags erhalten.*

up-premium plus

up-premium plus-Kunden können diese Checkliste kostenlos als pdf-Datei bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

Kunden werben Kunden...

up-premium

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium“** (ehemals *up-unternehmen praxis*) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

☐ Prämie 1:
Neoprene Messenger Bag

Die Kuriertasche von BUILT aus New York. Verstauen Sie Ihr Laptop stylisch, kompakt und sicher. Außenmaße: B 52,5 x H 32,5 x T 5,1 cm

☐ Prämie 2:
Sky Regenschirm

Dieser Regenschirm erfreut Sie mit dauerhaft freundlichem Wetter. Jederzeit – egal wo.

☐ Prämie 3:
360°-Segeltuchrucksack

Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

E-Mail-Adresse .....

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-135 82 20

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
www.buchner.de

Werten Sie Ihr Abo auf! ✓

up-premium plus

- ✔ **Print- und E-Mail-Newsletter „unternehmen praxis“**
- ✔ **Fragen stellen per E-Mail, am Telefon, per Fax oder auf praxisfragen.de**
- ✔ **Voller Zugriff auf alle Downloadartikel, Musterschreiben und Kalkulationstools**
- ✔ **Beratung zur Anwendung der Heilmittel-Richtlinie, des Heilmittel-Kataloges und der gültigen Rahmenverträge**
- ✔ **Beratung bei Widerspruchsverfahren gegen Krankenkassen bei unrechtmäßiger Rechnungskürzung**
- ✔ **Betriebswirtschaftliche Beratung am Telefon**
- ✔ **Beratung bei der Prüfung von Heilmittelverordnungen**
- ✔ **Monatlicher Seminarscheck für buchner-Präsenzseminare in Höhe von 40 Euro**

☐ **Ja, ich möchte *up-premium plus* abonnieren!**

Ich möchte **„up-premium plus“** ab dem kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro (inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten) abonnieren. Der Preis wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr und muss drei Monate vor Ablauf gekündigt werden.

KONTAKTIEREN SIE MICH BITTE:

Vorname, Name ..... Telefon .....

Straße, Haus-Nr. ..... PLZ, Ort .....