4.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

kostenlos bei der Hotline für **up-premium plus** *Kunden:*

Mustervorlage Mahnung an die Krankenkasse

Bundesgesundheitsministerium will SGB V nicht durchsetzten

Therapeuten um Stellungnahme-Recht betrogen

Bis heute hat es der G-BA nicht geschafft, die Genehmigungsvoraussetzungen für langfristigen Heilmittelbedarf rechtsverbindlich zu regeln. Dazu wurde er Anfang 2012 durch das Versorgungsstrukturgesetz vom Gesetzgeber verpflichtet. Problematisch dabei ist das Umgehen eines Stellungnahme-Verfahrens, wodurch die Heilmittelverbände bislang von einer aktiven Gestaltung der Thematik ausgeschlossen wurden.

Heilmittelverbände haben das Recht auf Stellungnahme zu Entscheidungen des G-BA über die Heilmittel-Richtlinie. Der G-BA muss sie in seine Entscheidung einbeziehen (§ 92 Abs. 6 HeilM-RL), indem er sich schriftlich zu den Stellungnahmen der Verbände äußert. Diese Berechtigung ist für Heilmittelerbringer nahezu die einzige Möglichkeit, sich aktiv an der Gestaltung über Regelungen zur Heilmittelversorgung zu beteiligen. Bei dem Thema „langfristiger Heilmittelbedarf“ hat der G-BA diese Möglichkeit allerdings umgangen.

Viel Zeit und nichts passiert

Begonnen hat alles mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Januar 2012. Der Gesetzgeber nahm Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf aus dem Budget der Ärzte heraus und verankerte dies im SGB V. Zugleich verpflichtete er den G-BA, die Umsetzungsregelungen und Genehmigungsvoraussetzungen verbindlich festzulegen. Der GKV-Spitzenverband reagierte schnell auf das neue Gesetz. Bereits im Januar 2012 erstellte er eine einheitliche Richtlinie, wie Anträge auf langfristigen Heilmittelbedarf möglichst einfach abgelehnt werden können. Der G-BA hingegen reagiert deutlich langsamer. Fast ein halbes Jahr verging und nichts geschah. »

Aktuell

Fragwürdige Informationen über langfristigen Heilmittelbedarf
KV treibt Arzte in den Heilmittelregress 5

Kontroverse über Therapieverkauf am Thema vorbei
Therapeuten können Therapie (auch als Zusatzleistung) verkaufen 12

Keine erweiterte Prüfpflicht für Heilmittelerbringer
Fehlender ICD-10-Code keine Begründung für Rechnungskürzung 15

Schwerpunkt

Praxis in der Krise 6

Konzepte

Selbstzahlerkonzept „Zumbatomic“
Bewegungs-Hits für Kids 18

Abrechnung

Ergänzende Angaben zum Heilmittel 20

Tipps

Praxischefs fragen – Experten antworten
Mitarbeiterkündigung als Chance nutzen 23

www.up-aktuell.de

Risiken nicht angemessen vergütet

Der neue Rahmenvertrag mit dem vdek und die damit zeitgleich verabschiedete Vergütungsvereinbarung bleiben wieder einmal weit hinter dem zurück, was nach wirtschaftlichen Kriterien erforderlich wäre, um Therapeuten angemessen zu bezahlen.

Zugegeben – unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind Verhandlungen ein mühsames und oft schwieriges Geschäft. Allerdings ist fraglich, ob die aktuellen Verhandlungsstrategien der Verbände wirklich dazu führen, dass Therapiepraxen in Deutschland irgendwann rentabel – sprich ohne Selbstausbeutung der Praxisinhaber – zu betreiben sind. Denn diese zielen überwiegend darauf ab, die Grundlohnsummensteigerung als Erhöhung der Vergütung durchzusetzen.

Doch was ist mit den zusätzlichen Kosten von ca. 1.640 Euro pro Jahr, die Praxischefs durch die Einhaltung der Fortbildungspflicht entstehen? Diese entsprächen einer prozentualen Erhöhung von 2,6 Prozent.

Kassen dürfen laut Vertrag zum Beispiel jederzeit Praxisbegehungen durchführen. Wie werden diese Risiken vergütet? Und – wo wir gerade bei Risiken sind … was ist mit der Unausgewogenheit der Risiken? Die Rahmenverträge geben sehr detailliert wieder, was Kassen bei einem Fehlverhalten von Therapeuten tun können. KEIN Wort aber darüber, was passiert, wenn die Kasse sich nicht an den Vertrag hält. Wo bleibt da die Augenhöhe?

Das Diktat der Grundlohnsummensteigerung darf nicht als Dauerausrede gelten. Denn das SGB V bietet Argumentationsschlupflöcher. Erstens müssen die Leistungserbringer laut SGB V „angemessen“ bezahlt werden und zweitens kann die Angemessenheit der Bezahlung im Falle der Heilmittelerbringer nur und ausschließlich über die Vergütungshöhe geregelt werden. Denn Heilmittelerbringer können ja nicht frei auf dem Markt agieren, sondern sind auf die Verordnung des Arztes angewiesen sind. Mit dieser Argumentation haben sich andere Leistungserbringer längst aus der Falle der Grundlohnsumme befreit.

Deswegen wird es Zeit, dass wir auch im Heilmittelbereich offensiver unsere Rechte wahrnehmen.

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner

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), Christian Beneker (ben), Jenny Werner (jw);
Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: G. Sanders (4), R. Marx (9), mdworschak (10), A. Gast (12), P. Marcinski (16), Rudie (17); © iStock: asiseeit (1), G. Connell (5), K. Mower (6); G-BA (3), Praxis physiobeweggrund (16/17), Artland Dragons/R. Kamper (22), indigus Therapiezentrum (22), Privat (11, 23)

Fortsetzung Seite 1

Man erklärte die eigene Untätigkeit damit, dass Ärzte und Kassen sich noch nicht über das Verfahren zu Praxisbesonderheiten geeinigt hätten. Was das eine (Praxisbesonderheiten) mit dem anderen (langfristiger Heilmittelbedarf) rechtlich gesehen zu tun hat, wurde nicht erklärt.

Die Patientenvertreter waren inzwischen ziemlich ungehalten und empörten sich über die schlechte Versorgung von therapiebedürftigen Patienten. Sie wurden aber weitestgehend ignoriert. Ihr Wunsch nach einer schnellen, klaren Regelung verhallte ungehört in den großzügigen Hallen der Selbstverwaltung des G-BA. Währenddessen übten sich einige Krankenkassen darin, Anträge von Versicherten auf langfristigen Heilmittelbedarf entweder pauschal abzulehnen oder die Bearbeitung solcher Anträge komplett zu verweigern.

Im Herbst 2012 fanden dann Krankenkassen und Vertragsärzte endlich Zeit, sich dem Thema Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf zuzuwenden. Das Ergebnis: Eine Vereinbarung vom 12. November 2012 über Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf, die von (Rechts-) Fehlern wimmelt und in offensichtlich unvollständigen Diagnosenlisten festlegt, welche Patienten in Zukunft Heilmittel extrabudgetär bekommen sollen und welche nicht.

Merkblatt bleibt unverbindlich

Zehn Tage später, am 22.11.2012, also fast ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, reagierte dann schwerfällig auch der G-BA. Er fasste einen bemerkenswerten Beschluss zum Thema langfristiger Heilmittelbedarf: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt, folgendes Merkblatt (s. Anlage) auf der Internetseite des G-BA zu veröffentlichen." Kein Beschluss also mit rechtlich verbindlichen Inhalten, sondern ein Beschluss, etwas zu veröffentlichen. „Dieses Merkblatt gibt Hinweise"... und keine verbindlichen Regelungen, bestätigte der Vorsitzende des G-BA Josef Hecken auf Nachfrage. Auch das Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsicht des G-BA erklärte, dass dem Merkblatt nicht die gleiche rechtliche Verbindlichkeit zukomme wie einem Richtlinien-Beschluss.

Der G-BA hat also bis dato keine rechtlich verbindliche Regelung zu den Genehmigungsvoraussetzungen für Anträge auf langfristigen Heilmittelbedarf verabschiedet. Auch die Vorgabe des Gesetzes, diese verbindliche Regelung in der HeilM-RL vorzunehmen, hat er schlichtweg ignoriert. Mit erheblichen Konsequenzen für die Heilmittelerbringer. Denn ohne eine Entscheidung des G-BA zur Heilmittel-Richtlinie besteht auch kein Recht auf Stellungnahme der Verbände. Sollte die Vermeidung von Stellungnahmen durch die Verbände wirklich der Grund dafür sein, dass der G-BA sich um eine Anpassung der HeilM-RL an das Versorgungsstrukturgesetz gedrückt hat?

Aufsichtsbehörde einschalten

Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Man würde also davon ausgehen, dass das BMG seine Aufsichtspflicht bei Nicht-Erfüllung wahrnimmt und einschreitet. Doch dort sieht man aktuell „keine Veranlassung zu aufsichtsrechtlichem Einschreiten". Man werde jedoch die weitere Entwicklung sorgfältig beobachten, so das BMG.

Das heißt, auch zukünftig wird sich nichts ändern. Es sei denn, die Heilmittelerbringer wehren sich. Gerade das Wahljahr 2013 ist eine gute Zeit, von einem Ministerium Aktivitäten einzufordern. Zumal es hier nicht um Bevorzugung geht, sondern schlicht und einfach um die Durchsetzung der gesetzlich festgelegten Rechte von Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten.

Alle Praxisinhaber, die noch Mitglied in einem Verband sind, können also dafür sorgen, dass die Heilmittelverbände hier aktiv ihre Rechte einfordern. Notfalls auch über eine Klage gegen das BMG. Wer Augenhöhe fordert, der sollte auch bereit sein, für seine Rechte einzustehen. *(bu)*

Schwerfällig und behebe: Der G-BA hat bis heute nicht die Vorgaben des Bundesgesundheitsministerium umgesetzt.

SGB V, § 32, Abs. 1a

„Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen."

Probieren geht über Studieren

Prüfvereinbarung zur Fortbildungspflicht gibt wenig Sicherheit

Das Thema Fortbildungspflicht ist nun von Vertretern der Verbände und der Ersatzkassen in den gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 2 SGB V in einer Protokollnotiz zur Anlage 4 abschließend festgelegt. Allerdings schafft die Vereinbarung wenig Sicherheit für Praxischefs. Dafür gibt es nun immerhin die Möglichkeit, bei Punkte-Aberkennung Widerspruch einzulegen.

Begonnen hat alles mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 1.1.2004. Krankenkassen und Heilmittelverbände wurden damals vom Gesetzgeber verpflichtet, die Qualität und Quantität von Fortbildungen festzulegen, was diese dann auch 2006 in den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen taten. Es wurde ein Punktesystem eingeführt, nachdem Praxischefs und fachliche Leiter innerhalb von vier Jahren 60 Fortbildungspunkte nachweisen müssen. Während der Fortbildungsumfang und der Betrachtungszeitraum ganz genau festgelegt wurde, fiel die Definition der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen eher schwammig aus. So lässt die Formulierung „die Fortbildung muss inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sein" (Rahmenempfehlung 2006, Anlage 4, Punkt 5) viel Interpretationsspielraum. Eingeschränkt wird dieser durch eine knappe Liste mit Fortbildungen, die nicht anerkannt werden. Diese ist dafür deutlich konkreter. Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation werden zum Beispiel nicht anerkannt.

Nun könnte man sich eigentlich über so viel Freiraum beim Sammeln von Fortbildungspunkten freuen. Doch bislang war nicht klar, welche Fortbildungen die Ersatzkrankenkassen wirklich anerkennen würden und welche nicht, was zum Beispiel bei Prävention unklar war. Praxischefs mussten also bis zur Prüfung durch die Krankenkassen darum bangen, ob ihnen die Punkte anerkannt werden würden oder eben nicht.

Von der neuen Vereinbarung wäre nun zu erwarten gewesen, dass diese Unsicherheit endgültig geklärt wird und Praxischefs genau wissen, für welche Fortbildungen sie zukünftig Punkte bekommen und für welche nicht. Dieser Vorsatz ist leider nicht gelungen – vielleicht war die Forderung seitens der Verbände gegenüber den Krankenkassen nicht durchsetzbar. Stattdessen einigte man sich darauf, was genau im Falle einer Punkteaberkennung durch die Krankenkassen zukünftig zu tun ist. Jeder Therapeut kann nun Widerspruch einlegen, wenn die Ersatzkassen die Anerkennung von Punkten ablehnt. Über den Widerspruch entscheidet dann ein Fortbildungsausschuss, der sich aus Vertretern des vdeks und der Berufsverbände zusammensetzt. Grundsätzlich müssen drei Vertreter jeder Vertragspartnerseite innerhalb von 14 Tagen über den Widerspruch abstimmen. Bei einer Patt-Situation wird dem Widerspruch stattgegeben. Bei Ablehnung erhält der Therapeut eine Frist von sechs Monaten, um die fehlenden Fortbildungspunkte nachzuholen (diesmal hoffentlich die „Richtigen"). Erst nach Ablauf dieser Frist können die Ersatzkassen eine pauschale Rechnungskürzung vornehmen.

Im Grunde bleibt also alles beim Alten. „Probieren geht über Studieren" könnte zukünftig die Devise beim Erwerb von Fortbildungspunkten sein. Denn wahrscheinlich müssen erst einmal Erfahrungen gesammelt werden, welche Fortbildungen besonders strittig sind und welche nicht. Vielleicht werden dann in der nächste Prüfvereinbarung konkrete Angaben über anerkennungsfähige Fortbildungen gemacht, so dass das Bangen und Warten für Therapeuten ein Ende hat. *(ko)*

TIPP

DAS KOSTET DIE FORTBILDUNGSPFLICHT

Mit der Zulassung und dem damit verbunden Beitritt zu den jeweiligen Rahmenverträgen gehen Praxisinhaber Verpflichtungen ein, die eigentlich über die Höhe der Honorare berücksichtigt werden müssten. Dazu gehört auch die Fortbildungspflicht.

Eine Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung wird mit Abschlägen auf die Vergütung in Höhe von 7,5 Prozent bestraft und stellt damit ein erhebliches wirtschaftliches Risiko dar. Deswegen müssen die Kosten zur Erfüllung dieser Fortbildungsverpflichtung zwingend in die Gesamtkosten der Praxis mit einberechnet werden.

Bei vorsichtiger Kalkulation (zwei Pflichttage pro Jahr laut Rahmenvertrag) belaufen sich diese Kosten für externe Fortbildungen auf einen Gesamtbetrag in Höhe von 1.640 Euro pro Kopf und Jahr *(siehe Tabelle rechts: Kosten der Fortbildung).*

Normalerweise müssten die Honorare deswegen für Therapie prozentual so erhöht werden, dass diese zusätzlichen Kosten enthalten sind. Das würde bei Physiotherapeuten einer Preiserhöhung von 2,6 Prozent auf alle Leistungen entsprechen. Dass diese Zahl keine Utopie ist, lässt sich an der letzten Honorarerhöhung der Hebammen erkennen, die nur für die Fortbildungsverpflichtung eine Honorarsteigerung von fünf Prozent im Schiedsverfahren heraushandeln konnten. *(bu)*

KOSTEN DER FORTBILDUNG:

2	Fobi-Tage im Jahr
250 €	Seminargebühr je Tag
330 €	Verdienstausfall je Tag
240 €	Fahrtkosten/Übernachtung/ Verpflegungsmehraufwand
820 €	Summe Kosten je Fortbildungstag
1.640 €	Summe Kosten der Fortbilungsverpflichtung im Jahr

Fragwürdige Informationen über langfristigen Heilmittelbedarf

KV treibt Ärzte in den Heilmittelregress

Ärzte müssen sich bei langfristigem Heilmittelbedarf nicht an die Verordnungsvorgaben der Heilmittel-Richtlinie halten. Darüber informierten die KV Baden-Württemberg und die KV Berlin ihre Ärzte jetzt in einer Informationsbroschüre. Doch halten sich Ärzte an diese Fehlinformation, könnten sie möglicherweise in überflüssige Regresse getrieben werden. Therapeuten hingegen riskieren unnötigen Abrechnungsstress mit den Krankenkassen. Da hilft nur eins: mit der richtigen Kommunikation gegensteuern.

„Bei den Langfristverordnungen können Sie in Bezug auf die Menge, nicht aber auf die Art des Heilmittels von den Vorgaben des Heilmittelkatalogs abweichen [...] Sie sind damit nicht mehr an die Systematik von Erst- und Folgeverordnung gebunden", steht es schwarz auf weiß in der Informationsbroschüre der KV Baden-Württemberg, die wortgleich auch von der KV Berlin veröffentlicht wurde. Ärzte werden hier gleich doppelt falsch informiert. Zum einen gibt es in der HeilM-RL keine „Langfristverordnungen" mehr. Sie wurden mit der Neufassung 2004 aus der HeilM-RL entfernt und durch die „Verordnung außerhalb des Regelfalls" ersetzt. Zum anderen ist der empfohlene Verzicht auf die Systematik von Erst- und Folgeverordnungen nicht durch die HeilM-RL gedeckt und stellt damit einen Verstoß gegen die entsprechenden Formvorschriften dar.

Kein rechtlicher Spielraum

Verstößt ein Arzt gegen die Formalien, können Krankenkassen einen Antrag bei den Prüfeinrichtungen auf eine Art Schadenersatz stellen, der als „Sonstiger Schaden" in den Prüfvereinbarungen definiert wird:

„Im Bereich der Heilmittel ist ein sonstiger Schaden insbesondere die Verordnung von Heilmitteln,

- die nicht den Heilmittel-Richtlinien entsprechen,
- die nicht der Indikation im Heilmittelkatalog entsprechen bzw.
- das Ausstellen von Folgeverordnungen, obwohl die Gesamtverordnungsmenge bei einer Behandlung im Regelfall bereits überschritten wurde."

(KV Berlin § 25 der Prüfvereinbarung, KV Baden-Württemberg § 12 Abs.3 der Prüfvereinbarung)

Setzt nun ein Vertragsarzt der KV Baden-Württemberg oder der KV Berlin die Verordnungsempfehlungen („Verzicht auf die Systematik von Erst- und Folgeverordnung") um, steht das im krassen Gegensatz zu dem Verbot in der Prüfvereinbarung („...Verordnung von Heilmitteln, die nicht den Heilmittel-Richtlinien entsprechen..."). Rechtlich gesehen gibt es keinen Spielraum für andere Interpretationen. So haben GKV-Spitzenverband und KBV am 12. November 2012 in einer Vereinbarung § 1 Abs. 2 ausdrücklich festgelegt: „Die Verordnung der jeweiligen Heilmittel ... erfolgt gemäß Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V mit den dort genannten Indikationsschlüsseln." Die einzige Institution, die ein Abweichen von den Regeln der HeilM-RL beschließen kann, ist der G-BA. Der hat sich allerdings bisher dazu nicht rechtswirksam geäußert. Bleibt die Frage, wieso die KVen offensichtliche Falschinformationen verbreiten? Für die erstaunliche Informationspolitik gibt es keine nachvollziehbare Grundlage.

Die KV Baden-Württemberg sieht auf Nachfrage allerdings kein Problem zwischen den formalen Anforderungen der Heilmittel-Richtlinie einerseits und der Information über Aussetzung von Erst- und Folgeverordnungen andererseits. Kai Sonntag, Leiter der Pressestelle erklärt: „Wir können keinen Widerspruch erkennen. In der Broschüre ist klar zum Ausdruck gebracht, dass die Verordnung der Art der Heilmittel sich nach dem Heilmittelkatalog richten muss, der wiederum Teil der Heilmittelrichtlinie ist." Unsere Fragen zum Thema Wegfall der Systematik der Erst- und Folgeverordnung beantwortete der Pressesprecher leider nicht.

Das kann man tun

Wenn Ärzte sich an die Vorgaben der KV halten und zukünftig bei langfristigem Behandlungsbedarf gleich mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen, können Therapeuten zwar darauf hinweisen, dass dies nicht den Regeln der HeilM-RL entspricht. Besteht der Arzt allerdings weiterhin auf die Durchführung der Verordnung wie ausgestellt, sollte man sich bloß nicht streiten. Denn Therapeuten müssen sich keine Sorgen machen. Ein kurzer Hinweis auf der Verordnung: „Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt" genügt, um die Verordnung in jedem Fall bezahlt zu bekommen. Selbst ohne einen solchen Hinweis können die Krankenkassen eine Kürzung nicht damit begründen, dass hier nicht erst der Regelfall durchlaufen worden ist. Schließlich hätte der Patient auch einfach im laufenden Behandlungsfall den Behandler wechseln können.

Ärzte, die Argumenten zugänglich sind, werden sich darüber freuen, dass Therapeuten mitdenken und auf das Problem aufmerksam machen. Sie werden dann ganz entspannt erst den Regelfall durchlaufen, bevor sie eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen, mit der dann der langfristige Heilmittelbedarf ausgelöst werden kann. Es gibt also gar kein Problem, sondern nur falsche Informationen.

Das ganz Theater ließe sich einfach beenden: Die KVen Baden-Württemberg und Berlin müssten nur ihre Ärzte darüber informieren, dass sie sich geirrt haben – aber darauf zu warten, lohnt sich vermutlich nicht. *(bu)*

Zielsicher zurück in die Gewinnzone

Schwerpunkt-Thema: Praxis in der Krise

Nicht immer klappt alles so, wie es geplant war. Scheinbar urplötzlich bringt die Praxis nicht mehr genug Geld ein, um die laufenden Kosten zu decken. Das ist für viele Praxisinhaber überraschend, frustrierend und von einem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins begleitet. Doch der Weg zurück in die Gewinnzone ist es oft gar nicht so schwierig, wie es scheint. Wir zeigen Ihnen Wege und Möglichkeiten für den Weg raus aus der Krise.

„Ich musste immer wieder Geld von meinem Privatkonto nehmen, damit ich die Gehälter zahlen konnte", berichtet Bernd Schuster*, Ergotherapeut und Praxisinhaber aus Bayern. „Irgendwann fehlte dann das Geld im privaten Bereich. Da wurde mir dann endlich klar, dass etwas schiefgelaufen ist!" So wie Bernd Schuster geht es vielen Praxischefs. Oft wird eine Praxiskrise erst dann wahrgenommen, wenn gar kein Geld mehr zur Verfügung steht, der Steuerberater auf das Problem aufmerksam macht oder die Hausbank eine Kürzung der Kreditlinie androht. Dann ist es höchste Zeit, aktiv zu werden, um nicht in noch tiefer in die wirtschaftliche Schieflage zu geraten.

Eine Praxiskrise liegt in der Regel dann vor, wenn die Ausgaben über einen längeren Zeitraum höher sind als die Einnahmen. Der Praxisinhaber verfügt nicht mehr über genug Liquidität (Geld), um die laufenden Auszahlungen innerhalb der vereinbarten Fristen zu bezahlen. Aus solchen objektiv durchaus lösbaren Problemen kann eine richtige Praxiskrise werden, wenn (Existenz-) Ängste, das Gefühl der totalen Überforderung und Handlungsunfähigkeit dazukommen.

Zentralen Aufgaben in der Krise:

Grundlage für eine Krisenbewältigung ist ein klarer Kopf und die Fähigkeit, sich sachlich und ehrlich mit seinen aktuellen Problemen auseinanderzusetzen. Zunächst geht es darum, die Liquidität zu sichern und die Praxis wieder in die Gewinnzone zu bekommen. Beide Punkte sind gleich wichtig, denn ohne Liquidität kann die Praxis nicht überleben und ohne die Aussicht auf zukünftigen Gewinn, wird es schwierig, die kurzfristige Liquidität zu sichern. Im Folgenden zeigen wir Ihnen die wichtigsten Schritte, mit denen Sie schnell wieder aus der Krise kommen.

„Grundlage für eine Krisenbewältigung ist ein klarer Kopf und die Fähigkeit, sich sachlich und ehrlich mit seinen aktuellen Problemen auseinanderzusetzen."

1: VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

Anderen die Schuld an der Krise zu geben, hilft dem Praxisinhaber sich sozusagen zu entschuldigen. Die scheinbar Schuldigen für die Praxiskrise sind schnell gefunden: Ärzte haben nicht richtig verordnet, die Krankenkassen haben bei der Abrechnung vertragswidrig gekürzt, die Bank berechnet Wucherzinsen und das Finanzamt fordert eine zu hohe Nachzahlung. Schuldzuweisungen können zwar mentalen Druck abbauen, helfen aber nicht, aus der Krise herauszukommen. Deswegen muss der Praxisinhaber selbst die Verantwortung übernehmen und sich auf die Lösung seines Problems konzentrieren, in dem er sich die Frage stellt: „Was kann ICH tun?".

2: BEFUND ERHEBEN

In der Praxiskrise gilt das gleiche wie in der Therapie: Bevor man mit der Behandlung anfängt, wird ein ausführlicher Befund erhoben. Sie benötigen Klarheit darüber, wie Ihre finanzielle Situation wirklich aussieht (Liquiditätsstatus) und Sie müssen analysieren, was die Ursache für den Verlust ist, den die Praxis erwirtschaftet (Ursachenanalyse).

2A: LIQUIDITÄTSSTATUS

Listen Sie alle offenen, also noch zu zahlenden Rechnungen auf. Dagegen stellen Sie eine Liste aller Geldbeträge, die Sie noch ausstehen. Ergänzen Sie die Liste um den jeweiligen Fälligkeitstermin: Wann genau müssen die noch offenen Rechnungen bezahlt werden? Wann können Sie mit einem Zahlungseingang Ihrer offen Forderungen rechnen?

Erfassen Sie dann alle laufenden Zahlungsströme, wie Mietzahlungen, Kredit- oder Leasingraten, Gehälter, Steuern, Krankenkassenbeiträge etc., jeweils mit dem Zeitpunkt des Geldabflusses. Das Ergebnis zeigt, wann das Geld nicht mehr reicht, um alle ausgehenden Zahlungen rechtzeitig zu erledigen.

2B: URSACHENANALYSE

Ursachen für eine Praxiskrise lassen sich meistens relativ schnell eingrenzen. Prüfen Sie zunächst, ob das Problem in der Praxis oder im Privatbereich liegt. Da viele Praxisinhaber berufliche und private Finanzen nicht so genau trennen, wird oft viel zu spät gemerkt, dass zu hohe Privatausgaben die Praxiskrise verursachen.

Sind Privat- und Praxisfinanzen sauber abgegrenzt, gibt es zwei grobe Problembereiche: Umsätze und Kosten. Wie haben sich diese beiden Bereiche in den letzten Monaten/Jahren entwickelt? Meistens lässt sich genau erkennen, dass entweder die Umsätze langsam zurückgegangen sind, ohne die Kosten anzupassen. Oder die Kosten sind immer weiter gestiegen, ohne dass sich daraus mehr Umsätze ergeben hätten. Selten passiert beides gleichzeitig. Finden Sie nun in den jeweiligen Bereichen die Ursache der negativen Entwicklung.

3: KONZENTRATION AUF DAS WESENTLICHE

In einer Praxiskrise geht es ausschließlich darum, zu überleben. Deswegen müssen Sie sich auf die wesentlichen Punkte konzentrieren! Aus der Ursachenanalyse ergibt sich eine ganze Reihe von Handlungsmöglichkeiten. Achten Sie aber darauf, sich nicht zu verzetteln, sondern konzentrieren Sie sich auf das, was Sie gut können. Überprüfen Sie dabei immer wieder, ob sich die Handlung positiv auf Ihren Liquiditätsstatus auswirkt und ihre Aktivität in der nächsten Zeit den Gewinn der Praxis steigern wird. Alle anderen Aktivitäten werden zunächst eingestellt. Strategische Neuausrichtungen, neue Dienstleistungsideen, weitere Standorte etc. erfordern viel Zeit, Geld und Energie, die Sie jetzt dringender für die Rettung der eigenen Praxis benötigen. »

HINTERGRUND

„Shit happens!"

Griechenlandkrise, Wirtschaftskrise, Unternehmenskrisen und auch Praxiskrisen – Krisen gibt es Tag für Tag. Wer etwas unternimmt – und das tun Menschen, die eine eigene Praxis aufmachen – der macht notwendigerweise auch hin und wieder Fehler. Manchmal führen solche Fehler zu richtig schwerwiegenden Problemen. Das sollte aber kein Grund sein, sich selbst in Frage zu stellen. Denn erstens kann so eine Praxiskrise wirklich jede Praxis einmal erwischen. Zweitens brauchen Sie für das Krisenmanagement jetzt einen klaren Kopf und keine Selbstzweifel.

An dem, was bisher passiert ist, können Sie jetzt wirklich nichts mehr ändern! Es macht also wenig Sinn, sich dafür selbst zu beschimpfen, verzagt zu sein oder den Kopf in den Sand zu stecken. Wenn Sie wirklich etwas ändern wollen, dann stehen Sie zu dem Problem und richten Ihre Energie darauf, mit Mut und Entschlossenheit etwas zu ändern!

SCHWERPUNKT-THEMA

Schwerpunkt „Praxis in der Krise"	6
Wie ausgelastet ist die Praxis?	8
Lösungsstrategien am „runden Tisch" finden	9
Steuerstundung hilft über finanzielle Engpässe hinweg	10

Fortsetzung Seite 7

4: OFFEN KOMMUNIZIEREN

Eine offene Kommunikation mit Mitarbeitern und Bankangestellten hilft Praxischefs in der Krise. Denn oft wissen diese viel früher als der Praxisinhaber, dass eine Krise vorliegt. Mitarbeiter sehen die Lücken im Kalender, der Banker erkennt die häufige Inanspruchnahme des Überziehungsrahmens. Aber gerade auf die Mitarbeiter und Banker kommt es in der Krise an. Denn ohne Mitarbeiter können Umsätze nicht realisiert werden und ohne eine wohlwollende Bank gibt es keinen weiteren Kredit.

Setzen Sie sich mit den Mitarbeitern zusammen und stellen Sie Ihre Ursachenanalyse und die daraus abgeleiteten Aktivitäten vor. Das Feedback der Mitarbeiter liefert oft wertvolle weitere Lösungsmöglichkeiten und Angebote zur Unterstützung. Aber aufpassen: Krisenmanagement ist keine Übung in Demokratie, sondern eine klare Führungsaufgabe!

Kommunizieren Sie auch offen mit Ihrer Bank, denn diese benötigt einen klaren Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der Praxis, sonst gibt es kein weiteres Geld.

5: KEINE WEITEREN RISIKEN EINGEHEN

Gerade in der Krise neigen Menschen dazu, auf die Versprechen anderer Menschen hereinzufallen. Dann erscheint plötzlich die Gruppentherapie, das Gerätetraining, das neue Selbstzahlerkonzept oder ein Franchiseangebot als einziger Weg aus der Krise. Je höher der Preis für das Heilsversprechen, desto größer die Hoffnung auf Rettung und Erfolg.

Doch Vorsicht: Wie wahrscheinlich ist es, dass die Praxis mit einem neuen, noch nicht bekannten Dienstleistungskonzept erfolgreicher wird, als mit dem Konzept, das früher bereits erfolgreich praktiziert wurde? Ist es sinnvoll, sich darauf zu konzentrieren, das Geld für das neue „Heilsversprechen" zusammenzubekommen? Wie lange hält die Praxis es noch aus, dass nicht an den zentralen Problemen gearbeitet wird? Diese Fragen sollten Praxischefs sich stellen, bevor sie ein „Sanierungsangebot" von außen annehmen.

Fazit: Praxen in der Krise lassen sich dann gut wieder zum Laufen bringen, wenn der Praxisinhaber das will und sich dafür einsetzt. Nach einer möglichst objektiven Ist-Analyse findet man in der Regel schnell die Ursachen für die Krise und kann mit ein wenig Ausgabendisziplin und Konzentration das „Stammgeschäft" wieder rentabel machen. Neue Geschäftsmodelle, die in der Regel neue Investitionen erfordern, können dann umgesetzt werden, wenn die Praxis wieder läuft – als Instrument zum Krisenmanagement sind solche Modelle meistens nicht geeignet. *(bu)*

Mitarbeiterkapazität berechnen

Wie ausgelastet ist die Praxis?

Zentraler Dreh- und Angelpunkt einer Therapiepraxis ist die Auslastung der einzelnen Mitarbeiter. Deswegen gehört zu der Ursachen-Analyse einer krisengeplagten Praxis auch ein genauer Überblick der Auslastung. Dies können Sie mit der Kalkulationstabelle tun, die wir für Sie vorbereitet haben.

Um die Auslastung einer Praxis zu errechnen, benötigt man zwei Werte. Zum einen die Therapie-Kapazität der eigenen Praxis. Also, wie viele Stunden bietet die Praxis in einem bestimmten Zeitraum Therapie an? Dazu ermittelt man die Kapazität jedes einzelnen Therapeuten und addiert diese Zeiten zu einer Gesamtkapazität zusammen.

Beispiel: Eine Praxis hat drei Mitarbeiter, die 20, 30 und 40 Wochenstunden arbeiten. Die Therapie-Kapazität je Woche ergibt sich in diesem Fall aus der Addition der Wochenarbeitszeit. Diese Praxis hat rechnerisch eine Therapiekapazität von 90 Wochenstunden.

Zum anderen benötigt man die abrechenbaren Therapiestunden innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Diese lassen sich zum Beispiel aus dem Terminplaner ablesen. Wie viele abrechenbare Therapiestunden wurden innerhalb eines bestimmten Zeitraum erbracht? In unserem Beispiel wurden in der Praxis pro Woche vielleicht 80 abrechenbare Therapiestunden geleistet. Daraus ergibt sich eine Auslastung von 89 Prozent. Dieser Wert ist für eine normale Therapiepraxis schon als zu niedrig einzustufen.

Wir haben eine Tabelle für Sie vorbereitet, mit der Sie sehr leicht die Berechnung für Ihre eigene Praxis durchführen können. Geben Sie dort Ihre Praxisdaten ein und die Anzahl der (bezahlten) Besprechungszeiten und anderer nicht abrechenbarer Stunden. Als Ergebnis erhalten Sie nicht nur die Therapiekapazität, sondern auch die Auslastung Ihrer Praxis.

Als Berechnungszeitraum eignen sich Tage, Wochen, Monate oder das ganze Jahr. Allerdings gilt: Je kürzer der Berechnungszeitraum ist, desto genauer muss man die Therapiekapazität nachrechnen. Denn Mitarbeiter haben auch Urlaub, werden krank oder sind auf einer bezahlten Fortbildung. Solche Fehlzeiten kann man bei der Jahresrechnung berücksichtigen, indem man die Anzahl der durchschnittlich produktiven Wochen eingibt. Dieser Wert liegt in einer halbwegs gut organisierten Praxis meist bei 43 Wochen. *(bu)*

> SERVICE

up-premium plus-Kunden können die Datei „Therapiekapazität und Auslastung.xls" kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 abrufen.

Staatlich gefördertes Beratungsprogramm für Praxischefs

Lösungen am „runden Tisch“ finden

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KFW) bietet Praxischefs, die ins Straucheln geraten sind, den „Runden Tisch“ als geförderte Beratung an. Das Förderprogramm deckt Schwachstellen in der Praxis auf, gibt eine Fortführungsprognose und erarbeitet konkrete Vorschläge für Maßnahmen, mit denen wirtschaftliche Schwierigkeiten überwunden werden können.

So funktioniert´s

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um eine Beratung in Anspruch zu nehmen?

Praxen dürften laut EU-Unterscheidung in die Rubrik Kleinstunternehmen fallen. Das sind laut EU Definition Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeiterinnen und einem Jahresumsatz oder eine Jahresbilanzsumme von höchstens zwei Millionen Euro (als mittlere Unternehmen gelten solche mit weniger als 250 Mitarbeiter und einen Jahresumsatz von höchstens 50 Millionen Euro oder einer Jahresbilanzsumme von höchstens 43 Millionen Euro). Unternehmen, die bereits einen Insolvenzantrag gestellt haben oder wegen ihrer schlechten Wirtschaftslage verpflichtet sind, Insolvenz anzumelden, werden nicht beraten.

Wer berät?

Der Praxisinhaber muss den „Runden Tisch“ über einen so genannten Regionalpartner der KFW beantragen. Dies geht am besten online: *www.rp-suche.de*. Vor dem Antrag steht ein persönliches Gespräch mit dem Regionalpartner. Er muss von der Dringlichkeit der Situation überzeugt werden. Denn nur, wenn der Regionalpartner die Förderung der KFW empfiehlt, öffnet die Bank ihre Geldbörse und zahlt die Beratung.

Der Praxischef sucht sich nun einen für den Runden Tisch zugelassenen Berater der KfW-Beraterbörse aus und schließt mit ihm einen Beratungsvertrag. In der KfW-Beraterbörse (*www.kfw-beraterboerse.de*) können für das Programm gelistete Berater der Branche Gesundheits- und Sozialwesen in Kombination mit der Postleitzahl gesucht werden.

Welche Unterlagen müssen Praxischefs vorlegen?

Die Antragsteller müssen Unterlagen zu den wirtschaftlichen Verhältnissen vorlegen. Sie dienen als Grundlage für die Beratung. Dazu gehören unter anderem das Leistungsangebot des Unternehmens, Kreditverträge, aktuelle betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA), die Jahresabschlüsse der letzten drei Jahre (Gewinn- und Verlustrechnung, Bilanz), sonstige Verträge wie Miet-, Pacht-, oder Leasingverträge und so weiter und eine Aufstellung über den derzeitigen Auftragsbestand.

Was kostet die Beratung?

Die Praxis übernimmt gegebenenfalls nur die Mehrwertsteuer und zahlt mögliche Nebenkosten, wie zum Beispiel die Fahrtkosten des Beraters. Dieser wird von der KFW bezahlt. Er erhält höchstens 1.600 Euro für die Beratungsleistung, also 160 Euro pro 8-Stunde-Tagewerk. Damit sind sämtliche Kosten des Beraters abgedeckt.

Wie lange dauert eine Beratung?

Die Dauer richtet sich individuell nach Bedarf und wird zwischen Praxis und Berater vereinbart. Die Beratung darf allerdings höchstens zehn Tage in Anspruch nehmen.

Wie lange muss ein Klient warten, bis die Beratung beginnt?

Dies wird individuell vor Ort zwischen Unternehmen und Berater vereinbart.

Wo wird beraten?

Die Beratung erfolgt beim Unternehmen.

Und am Schluss?

Am Schluss der Beratung erhalten die Kunden eine Fortführungsprognose und eine Reihe Vorschläge für die nächsten konkreten Schritte heraus aus den Schwierigkeiten. Nach dem Abschluss der Beratung wird der sogenannten „Schlussverwendungsnachweis“ als Dokumentation der Beratung beim Regionalpartner eingereicht. Dieser reicht die Unterlagen als Beleg für die Beratung an die KFW weiter. Das Abschlussdokument ist spätestens sechs Monate nach Zusage bei der KfW zur Abrechnung einzureichen.

(ben)

Liquiditätspolster vom Staat

Steuerstundung hilft über Engpässe hinweg

In krisenhaften Betriebslagen ist meist nicht der ausbleibende Gewinn oder drohende Verlust das Problem, sondern die sprichwörtliche Ebbe in der Kasse. Da kommen dann Steuerforderungen zur Unzeit. Praxisinhaber haben jedoch etliche Möglichkeiten, im Einvernehmen mit den Finanzbehörden ihre Ausgabenlasten zu senken.

Geraten Praxisinhaber in eine Krise, ändern sie zwar oft ihre Vorgehens- und Verhaltensweisen gegenüber Mitarbeitern oder Patienten. Bei der Erstellung ihrer Steuererklärung gehen sie aber oft zu schematisch vor und stellen die Unterlagen „wie jedes Jahr" zusammen bzw. übergeben diese dem Steuerberater. Damit aber bleiben steuerlich orientierte Gestaltungsmöglichkeiten weitgehend ungenutzt. Praxischefs sollten stattdessen auf wichtige Maßnahmen zur Liquiditätsbeeinflussung achten. Ansatzpunkte ergeben sich

- sowohl vor der Abgabe der Steuererklärung
- als auch nach dem Ergehen von Steuerbescheiden.

Maßnahmen im Vorfeld von Steuerfestsetzungen

Um Liquiditätsengpässe aufgrund von Steuerzahlungen, die möglicherweise sogar die Existenz bedrohen könnten, gar nicht erst entstehen zu lassen, sollten Unternehmer möglichst früh mit der Berechnung der zu erwartenden Zahlungen beginnen. So kann dann der Abgabetermin der Steuererklärung relativ einfach wie folgt gesteuert werden:

- Sind Rückerstattungen zu erwarten, sollte die Steuererklärung möglichst rasch abgegeben werden,
- stehen hingegen Nachzahlungen an, sollte der Abgabetermin möglichst weit in die Zukunft verlagert werden.

WICHTIG: Ein zu langes Verschieben ist aber nicht empfehlenswert, weil dann für nicht entrichtete Steuern hohe Zinsen anfallen. Da die Behörden insoweit einen Satz von 6 Prozent ansetzen, ist unmittelbar ersichtlich, dass in Zeiten niedriger Kreditzinsen der „Kredit vom Staat" relativ teuer bezahlt werden muss.

Neben der Steuerung des Abgabetermins kann insbesondere auf Maßnahmen wie die Herabsetzung von Steuervorauszahlungen gesetzt werden. Das ist immer bei besonders guten Vorjahresergebnissen ratsam. Da lassen sich Finanzbeamte durchaus auf Minderungen der Vorauszahlungsbeträge ein, wenn Sie über geeignete Unterlagen wie Planergebnisse glaubhaft machen können, dass sich die Ergebnislage stark verändert hat.

Maßnahmen bei bereits ergangenem Steuerbescheid

Auch wenn die Steuerfestsetzung bereits rechtskräftig geworden ist, bestehen noch Möglichkeiten, auf eine Verschiebung der Zahllasten hinzuwirken. Zu unterscheiden sind hier die Steuerstundung sowie – wenn diese abgelehnt wird – die Ratenzahlung und der Vollstreckungaufschub.

Steuerstundungen werden gewährt …

Die Stundung ist eine Vereinbarung zwischen Gläubiger (Finanzamt) und Schuldner (Unternehmer), die Forderung über den Fälligkeitszeitpunkt hinauszuschieben. Bei strittigen Forderungen ist allerdings Vorsicht geboten, da eine solche Vereinbarung als Anerkenntnis des Schuldners ausgelegt werden kann. Deshalb sollten spätestens vor einem eventuellen Stundungsantrag die betroffenen Steuerbescheide genau geprüft werden.

… wenn Sie als Steuerzahler bestimmte Voraussetzungen erfüllen

Als Voraussetzungen einer Steuerstundung haben die Finanzbeamten die Bedürftigkeit und die Stundungswürdigkeit zu prüfen. Wird das Anliegen des Praxisinhabers insoweit bejaht, wird noch auf Sicherheitsleistungen Wert gelegt und man wird Stundungszinsen vereinbaren.

- **Bedürftigkeit:** Nur wenn die unmittelbare Einziehung der Steuerschuld für den Praxisinhaber eine erhebliche Härte bedeuten würde, kommt eine Stundung in Betracht. Das ist natürlich der Fall, wenn die wirtschaftliche Existenz bedroht ist, was auch im Falle einer privaten Überschuldung angenommen werden kann. Immer ist es unausweichlich, das Fi-

„Praxischefs haben viele Möglichkeiten, im Einvernehmen mit den Finanzbehörden ihre Ausgabenlasten zu senken."

nanzamt detailliert über die aktuelle Situation zu informieren und die gemachten Angaben mit entsprechenden Fakten zu unterlegen. Wenn Sie darlegen können, dass es sich nur um eine zeitlich befristete Krise handelt, haben Sie umso bessere Karten.

- **Stundungswürdigkeit:** Durch Spielcasino-Besuche oder ähnliches persönliches Fehlverhalten verursachte Notlagen gelten als selbst herbeigeführt und schließen die Gewährung einer Steuerstundung i.d.R. aus. Das gilt auch für falsche Angaben in den Vorjahren, z.B. in dem Sinne, dass in der Vergangenheit bewusst zu geringe Vorauszahlungsbeträge geleistet wurden.
- **Sicherheitsleistung:** Die Finanzbeamten sind gehalten, eine Stundung nur gegen eine Sicherheitsleistung zu gewähren; das können u.a. Hypotheken, Grund- oder Rentenschulden sein. Da diese auch von dritter Seite gestellt werden können, ergeben sich evtl. Möglichkeiten der Sicherheitsleistung aus Gesprächen mit Lieferanten oder gut bekannten Patienten, welche an der Praxisbeziehung festhalten wollen.
- **Stundungszinsen:** Für den gestundeten Betrag werden normalerweise Zinsen erhoben. Darauf kann zwar nach § 234 AO verzichtet werden, wenn die Erhebung unbillig wäre. Diese Berteilung ist aber eine reine Ermessensentscheidung der Behörde.

WICHTIG: Bei abgelehnter Stundung können Sie noch versuchen, sich auf eine Ratenzahlung zu verständigen. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, das Finanzamt vom guten Willen und der grundsätzlichen Möglichkeit, der zu treffenden Zahlungsvereinbarung auch nachzukommen, zu überzeugen. Wenn Sie im Rahmen einer solchen Überzeugungsarbeit Planwerte nennen, sollten diese bewusst vorsichtig angesetzt werden. Denn es ist sicherzustellen, dass einmal abgegebene Verpflichtungen auch eingehalten werden können. Sollte das doch misslingen, käme noch die Möglichkeit des Vollstreckungsaufschubs in Betracht, der aber mit Säumniszuschlägen verbunden sein wird.

Polternde Praxisinhaber ...

Die beschriebenen Möglichkeiten können nicht gegenüber dem Finanzamt „durchgesetzt" werden, sondern bedürfen auf der Gegenseite der Zustimmung der jeweiligen Ansprechpartner. Es muss Ihnen gelingen, mit Ihrer Argumentation zu überzeugen. Das hängt natürlich auch in bestimmten Umfang von der „Stimmungslage" des entscheidenden Beamten ab. Andererseits: Da hier durchaus Unterschiede zwischen einzelnen Finanzämtern als auch den Entscheidungsträgern persönlich bestehen, sollte Sie eine im Vorfeld schon einmal erfolgte Ablehnung entsprechender Anträge nicht davon abhalten, es erneut zu versuchen. Immer werden die Entscheidungsträger auch die „Vorgeschichte" im Umgang mit dem Finanzamt bis zum Eintritt der Krisensituation im Auge haben. So liegt es nahe, dass in den Vorjahren nicht immer pünktlich entrichtete Steuerzahlungen oder verspätete Abgaben von Steueranmeldungen oder Steuererklärungen die Entscheidung der Behörde negativ beeinflussen.

... müssen mit Nachteilen rechnen

Wer glaubt, das Recht des Stärkeren oder „des Lauteren" auf seiner Seite zu haben, belastet die Entscheidungssituation natürlich auch durch unangemessenes Auftreten. Bewusst oder unbewusst wird der Ansprechpartner den bisherigen Kontakt in die Bewertung einfließen lassen. Nicht auszuschließen, sondern je nach Einzelfall eher wahrscheinlich ist es zudem, dass auch Informationen aus anderen Bereichen oder von ehemals Zuständigen herangezogen werden. Besser fährt, wer im normalen Geschäftsalltag grundsätzlich ein korrektes Vorgehen gewählt hat, um atmosphärischen Belastungen in Krisensituationen vorzubeugen. Und besser fährt übrigens auch, wer zum Krisengespräch mit dem Finanzbeamten nicht den Luxus-Sportwagen auf dem Parkplatz des Finanzamts abstellt.

Empfehlung: Im Vorteil ist zweifellos, wer sich auf sein Gegenüber einstellen kann. Denn die Zustimmung zu einer zeitlichen Verlagerung der Zahlungen trifft ja nicht ein Finanzamt als Institution, sondern immer ein bestimmter Mitarbeiter, der ein gewisses Risiko eingeht: Wird seine positive Einschätzung nicht Realität, werden bei einer Insolvenz die Forderungen möglicherweise uneinbringlich. Das wird ein Sachgebietsleiter nicht ohne Grenzen tolerieren. Deshalb ist es auch besonders wichtig, sich nicht auf einem einmal im Stundungswege erreichten Liquiditätspolster leichtfertig auszuruhen, sondern über die Erfüllung alter und neuer Zahlungspflichten das zuvor entstandene Krisenbild nachhaltig auszuräumen.

Dr. Hans-Jürgen Hillmer

Dipl.-Kfm. Dr. Hans-Jürgen Hillmer ist Inhaber des BuS-Netzwerks für Betriebswirtschaftliche und Steuerliche Fachinformationen (www.bus-hillmer.de).

Kontroverse über Therapieverkauf am Thema vorbei

Therapeuten können Therapie (auch als Zusatzleistung) verkaufen

Eine Diskussion im Internet zum Thema „Zusatzleistungen an Patienten verkaufen" hat in letzter Zeit für Wirbel gesorgt. Die Frage, ob etwas erlaubt ist oder nicht, scheint jedoch nicht hilfreich sein. Vielmehr hilft ein Blick auf die Risiken, die mit dem Verkauf von Zusatzleistungen verbunden sind. Hier gibt es rechtlich fundierte Antworten, die für Klarheit sorgen.

Grundsätzlich übernimmt die GKV in Deutschland für ihre Versicherten die Kosten für alle medizinisch notwendigen Behandlungen. Diese dürfen das „Maß des Notwendigen" nicht überschreiten. Die Versorgung durch die GKV ist also laut Gesetz eine Minimalversorgung. Kein Wunder also, dass Patienten nach Leistungen fragen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Dass solche Leistungen durchaus sinnvoll sein können, darüber besteht zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und z. B. Verbraucherzentralen (als Vertreter der Patienten) weitestgehend Einigkeit. Doch welche Risiken entstehen nun für Heilmittelerbringer, wenn sie dem Begehren der Patienten nachkommen und Zusatzleistungen anbieten?

1. RISIKO BERUFSRECHT:

Das Berufsrecht erlaubt Heilmittelerbringern grundsätzlich die Führung der Berufsbezeichnung und die qualifizierte Leistungserbringung der in der Ausbildung gelehrten Inhalte. Ist ein Mensch krank und soll diese Krankheit behandelt werden, müssen Heilmittelerbringer aufgrund einer ärztlichen Verordnung behandeln. Art und Umfang der ärztlichen Verordnung sind nicht klar geregelt. Es kann sich also um eine GKV-Verordnung, ein PKV- oder grünes Rezept oder um eine Unbedenklichkeitsbescheinigung handeln. Alternativ besteht die Möglichkeit, aufgrund einer Heilpraktiker-Verordnung zu behandeln (oder selbst die (sektorale) Heilpraktiker-Prüfung zu absolvieren). Das bedeutet, auch wenn ein Patient z. B. eine verlängerte Behandlungszeit als Selbstzahlerleistung kauft, gibt es einen Bezug zur ärztlichen Verordnung, was in berufsrechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden ist. Das einzige Risiko besteht also in einem möglichen Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz, was nicht sehr wahrscheinlich ist. Ein solcher Verstoß wird in der Regel von den Gesundheitsämtern mit einer (oft kostenlosen) Abmahnung gerügt – wenn es denn auffällt. Ursache sind meistens Konkurrenten oder verärgerte Ärzte.

Ergebnis: Überschaubares Risiko, das einfach zu beherrschen ist. Sichern Sie alle Selbstzahlerleistungen korrekt mit einem schriftlichen Vertrag ab, in dem entweder auf die konkrete Verordnung des Arztes, bzw. des Heilpraktikers, Bezug genommen wird oder Sie halten über einen Präventionsvertrag fest, dass keine Krankheit behandelt wird. Was der Therapeut dann konkret in der Therapie macht, lässt sich über die Therapiedokumentation belegen.

2. RISIKO HAFTUNG:

Sind Therapeuten gegen Behandlungsfehler versichert, die als Selbstzahlerleistungen erbracht wurden? Die meisten Berufshaftpflicht-Versicherungen decken die Haftung für diejenigen Behandlungen ab, die durch die Berufsgesetze des Therapeuten geregelt sind. Manche Versicherungen benennen auf Nachfrage ausdrücklich in der Versicherungspolice, dass auch Behandlungen ohne Verordnung eines Arztes mit versichert sind.

Ergebnis: Absolut kontrollierbares Risiko – einfach mit dem Versicherungsmakler genau das Leistungsspektrum besprechen, das es zu versichern gilt!

3. RISIKO STEUERRECHT:

Das Bundesfinanzministerium hat klar geregelt: Nur Heilbehandlungen sind von der Umsatzsteuer befreit. Nach Ansicht der Finanzbehörden handelt es sich immer dann um Heilbehandlungen, wenn eine ärztliche oder vom Heilpraktiker ausgestellte Verordnung vorliegt. Für Prävention, Wellness, Service, Kurse etc. gilt also praktisch immer die Umsatzsteuerpflicht – bei Physiotherapeuten sind das in der Regel sieben Prozent, sonst 19 Prozent. Das gilt allerdings nur, wenn die Umsätze, die

eine Umsatzsteuerpflicht auslösen mehr als 17.500 Euro im Jahr ausmachen – sonst greift die Kleinunternehmerregelung.

Ergebnis: Das Risiko ist klar zu benennen: Wer mehr als 17.500 Euro Umsatz im Jahr mit Selbstzahlerleistungen macht, die keine Heilbehandlungen sind, der ist umsatzsteuerpflichtig. Deswegen sollte auf jeden Fall in den Preis der Leistung die Umsatzsteuer mit einkalkuliert werden!

4. RISIKO VERTRÄGE MIT DEN GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNGEN:

Einerseits verpflichten sich zugelassene Therapeuten, GKV-Patienten die verordneten Leistungen „kostenlos", also ohne Aufzahlungen über die gesetzliche Zuzahlung hinaus, zu erbringen. Andererseits könnte man aus den Zulassungsbestimmungen herauslesen, dass die Erbringung von Selbstzahlerleistungen klar von der durch die GKV zugelassene Praxis getrennt sein muss. Beide Punkte lassen sich relativ leicht auf Risiken überprüfen. Wenn ein Kassenpatient nach seinem „kostenlosen" Kassentermin einen weiteren Termin als Privatpatient bucht, dann gelten für den Privattermin selbstverständlich nicht die Regelungen der Verträge mit der GKV. GKV-Verträge regeln eben nur die Behandlungen, die von der GKV bezahlt werden, darüber hinaus hat die GKV nichts zu melden. Wichtig ist nur, dass der Patient weiß, dass er die verordnete Leistung ohne eine weitere Verpflichtung zur Abnahme von Leistungen erhält.

Ergebnis: Kein Risiko, wenn der Patient vor Beginn der Selbstzahlerleistung entsprechend aufgeklärt wird. Dazu gibt es fertige Vertragsmuster, auf denen der Patient bestätigt, dass ihn die Kassenleistungen nicht mehr als die Zuzahlung kostet. Beim Thema Trennung der Kassenpraxis vom Selbstzahlerbereich muss man sich die tatsächlichen Verhältnisse vor Ort ansehen. Privatpatienten dürfen schließlich auch in der GKV-Praxis behandelt werden und Krankenkassen erstatten osteopathische Leistungen und Präventionskurse, die zweifelsfrei in der zugelassenen GKV-Praxis erbracht worden sind. Die Kassenzulassung bezieht sich auf eine Präsenzzeit von mindesten 30 Stunden in der Woche. Da ist viel Raum für Selbstzahlerleistungen. Das bedeutet ein geringes Risiko für leichten Stress mit der GKV, wenn der Anteil der Selbstzahlerleistungen im Verhältnis zu Kassenleistungen sehr hoch wird. Zur Risikoprophylaxe lässt sich notfalls durch leichte Umbauten Stress mit der GKV vermeiden.

5. RISIKO WETTBEWERBSRECHT/ HEILMITTELWERBEGESETZ:

Für Selbstzahlerleistungen wird man in der Regel eher Werbung machen als für die normale Therapie auf GKV-Verordnung. Das Werberecht ist allerdings stark liberalisiert worden, so dass man sich schon anstrengen muss, um dagegen zu verstoßen. Zwei Dinge sollte man auf jeden Fall vermeiden. Versprechen Sie keinen Therapieerfolg! Werben Sie nicht mit aggressiven Rabatten oder finanziellen Anreizen. Beides könnte funktionieren, aber in beiden Fällen könnten Sie vermutlich ganz einfach abgemahnt werden.

Ergebnis: Kein zusätzliches Risiko – hier gibt es nichts, was Sie nicht ohnehin schon beachten.

Wer die oben genannten Punkte beachtet und unter Umständen mit seinem Steuerberater, Versicherungsvertreter und Anwalt bespricht, der kann Selbstzahlerleistungen ohne Probleme anbieten. Bei Detailfragen hilft Ihnen auch gern die ***up-premium plus***-Hotline weiter. *(bu)*

> SERVICE

Die o.g. Verträge können Sie als kostenloses Muster bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

KRANKENKASSEN-CHECKLISTE AKTUALISIERT

Durch die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf haben viele Krankenkassen ihre Haltung zum Verzicht auf das Genehmigungsverfahren geändert. Wir haben erstmals im Januar 2013 den aktuellen Stand der Dinge für Sie in einer Checkliste zusammengefasst. Jetzt haben wir die Daten aktualisiert und Sie Ihnen auf *www.up-aktuell.de* als PDF-Datei zur Verfügung gestellt.

Während die Ersatzkassen bundesweit auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten, bestehen eine ganze Reihe von Krankenkassen ganz oder teilweise auf ein Genehmigungsverfahren. In unserer „Krankenkassen-Checkliste Genehmigungsverzicht" geben wir einen Überblick, wie alle Krankenkassen in Deutschland zum Verzicht auf das Genehmigungsverfahren stehen. Die Daten resultieren aus einer Befragung aller Kassen bis zum 18. März 2013.

Zu jeder Krankenkasse ist die aktuelle Internetadresse vermerkt, so dass Sie die Kontaktdaten (z. B. Fax-Nr.) einfach nachschlagen können. Von einigen Kassen haben wir keine Rückmeldung erhalten und auch keine Informationen auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen recherchieren können. In solchen Fällen gilt die Regel: Antrag auf Genehmigung stellen.

Die Tabelle ist auf dem Datenstand vom 18. März 2013. Sollten Sie in der Praxis von einer Krankenkasse auf abweichende Regelungen von der Liste hingewiesen werden, würden wir uns über eine kurze Rückmeldung per E-Mail (info@buchner.de) freuen.

Die nächste aktualisierte Liste erscheint spätestens in drei Monaten.

> SERVICE

up-premium plus-Kunden können die Liste als PDF-Datei kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

Feld für ICD-10-Code intergiert

Neue Vordrucke für Heilmittelverordnungen

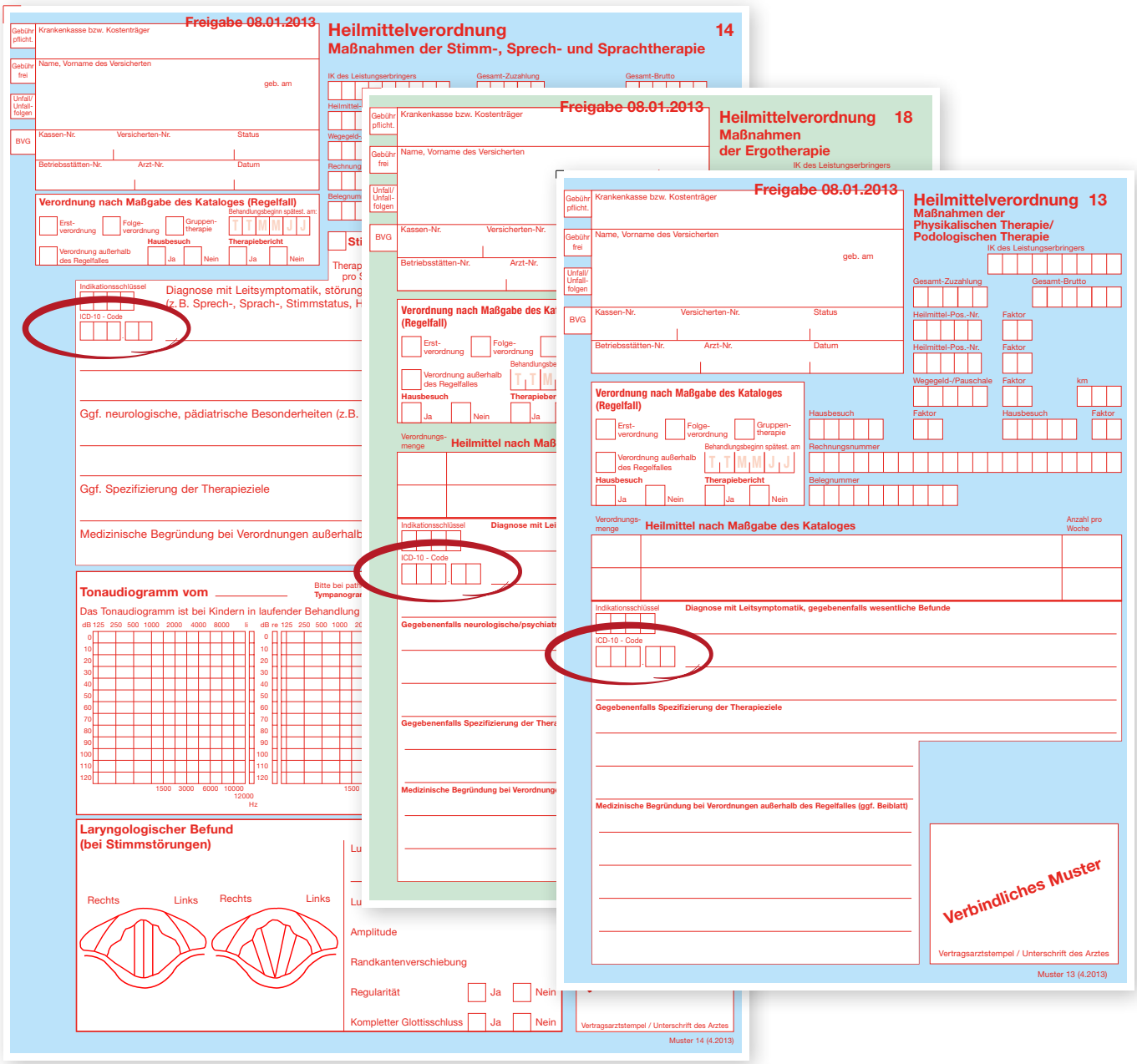
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat neue Vordrucke für Heilmittelverordnungen veröffentlicht. Diese gelten zum 1. April 2013. Die alten Vordrucke können weiterhin genutzt werden, bis sie aufgebraucht sind.

Zum 1. April 2013 werden die Heilmittel-Vordrucke 13 (Physiotherapie und Podologie), 14 (Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie) und 18 (Ergotherapie) geändert. Das berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Auf den Verordnungen wurde nun ein Feld für den ICD-10-Code eingerichtet. Das Feld EWR/CH, das nur für die Zuordnung ausländischer Versicherter wichtig war, ist nun nicht mehr auf den Verordnungen zu finden.

Hintergrund der neuen Verordnungsformulare ist die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V“, die KBV und GKV-Spitzenverband im November letzten Jahres getroffen hatten. *(ko)*

> SERVICE

Die neuen Verordnungen sind im Internet unter *www.kbv.de/14111.html* zu finden oder können bei der ***up premium-plus***-Hotline als Dateien angefordert werden.



Keine erweiterte Prüfpflicht für Heilmittelerbringer

Fehlender ICD-10-Code keine Begründung für Rechnungskürzung

Das eingeführte Feld für den ICD-10-Code auf den neuen Heilmittelverordnungen wirft die Frage auf, ob Krankenkassen Rechnung wegen fehlendem ICD-10-Code kürzen dürfen. Die Antwort: NEIN! Sowohl formal als auch inhaltlich gibt es keine gesetzliche Grundlage für eine Rechnungskürzung. Therapeuten sollten zukünftigen Absetzungsbescheiden widersprechen.

Ein Zukunftsszenario: Herbert Müller*, Ergotherapeut in Bayern, hat alles richtig gemacht: Die neue Verordnung auf Gültigkeit geprüft, Leistung erbracht und dann abgerechnet. Nur das Honorar kommt nicht. Dafür ein Absetzungsbescheid von der Krankenkasse. Begründung: Der ICD-10-Code würde fehlen.

Der Ergotherapeut hat nun zwei Möglichkeiten, um dagegen vor zugehen: Zum einen kann er feststellen, ob überhaupt eine formale Prüfpflicht für den ICD-10-Code durch den Therapeuten besteht. Zum anderen kann er nachsehen, ob ein Therapeut aus medizinischer Sicht überhaupt eine Diagnose bzw. den passenden Diagnosencode prüfen darf.

1. Gibt es eine formale Prüfpflicht für den ICD-10-Code?

Heilmittelerbringer müssen eine Verordnung auf Gültigkeit überprüfen, bevor die Behandlung beginnt. Eine Verordnung ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung immer dann gültig, wenn sie vollständig ausgefüllt ist und die Inhalte plausibel sind. Die Heilmittel-Richtlinie legt in § 13 Abs. 2 genau fest, welche Felder auf einer Verordnung ausgefüllt sein müssen und welche nicht. Zusätzlich gibt der Heilmittel-Katalog Auskunft darüber, ob das ausgewählte Heilmittel zum Indikationsschlüssel passt. Ergänzend können Kassen und Heilmittelerbringer in den jeweiligen Rahmenverträgen weitere Regeln festlegen. Das gilt insbesondere für die Fristenregelungen.

Müller prüft also und stellt fest, dass das neue Feld ICD-10-Code weder in der Heilmittel-Richtlinie, noch in irgendeinem Rahmenvertrag erwähnt wird. Der Ergotherapeut kommt zu dem Ergebnis, dass die Krankenkasse nicht einfach eine zusätzliche Prüfpflicht festlegen kann, wenn es dafür weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage gibt. Er kann der Kürzung also aus formalen Gründen widersprechen.

2. Darf ein Therapeut eine Diagnose bzw. den passenden Diagnosencode prüfen?

Bei der Überlegung, ob ein Therapeut dazu gezwungen werden kann, die Richtigkeit einer Diagnose eines Arztes zu überprüfen, kommt Müller zu einem sehr eindeutigen Ergebnis:

Wenn ein Therapeut nur auf Verordnung eines Arztes arbeiten und keine eigene Diagnose stellen darf (so z.B. das Bundesverwaltungsgericht), dann kann dieser auch nicht verpflichtet werden, die ausgeschriebene Diagnose des Arztes auf Richtigkeit bzw. auf Übereinstimmung mit einem ICD-10-Code zu überprüfen. Der Kürzung ist also auch aus inhaltlichen Gründen zu widersprechen.

Herbert Müller schreibt der Krankenkasse einen Brief, indem er der Kürzung widerspricht. Er legt seine Gründe dar und fordert den gekürzten Rechnungsbetrag. Zusätzlich macht er die durch die Kürzung entstandenen Verzugszinsen geltend. Die Krankenkassen müssen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung bei überfälliger Zahlung Verzugszinsen an den Heilmittelerbringer zahlen. *(bu)*

*Name v.d.Red. geändert

> SERVICE

Nutzen Sie den Service unserer Hotline unter 0800-9477360 und lassen Sie sich als ***up-premium plus***-Kunde ein Musterschreiben als Datei per E-Mail zuschicken. Oder faxen Sie der Hotline das Absetzungsschreiben zu, damit das Muster an Ihren konkreten Fall angepasst werden kann.

Datenschutz in der Praxis

NEUE BROSCHÜRE ZUM BUNDESDATENSCHUTZGESETZ

Unter dem Titel „Der betriebliche Datenschutzbeauftragte“ hat der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) eine überarbeitete Broschüre zum Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) herausgebracht. Praxischefs können sich so auf den aktuellen Stand der Dinge bringen.

Das Bundesdatenschutzgesetz wurde 2009 mehrfach geändert. Die aktualisierte DIHK-Publikation gibt praxisnahe Tipps zu allen Fragen rund um die Rechte und Pflichten des Datenschutzbeauftragten im Betrieb, heißt es in einer Pressemitteilung. Beantwortet werden beispielsweise Fragen, wann ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss, welche Voraussetzungen er erfüllen sollte oder welche Stellung er im Unternehmen hat. Ferner enthält die Broschüre Adressen der Aufsichtsbehörden bzw. der Landesdatenschutzbeauftragten.

Die 32-seitige DIHK-Publikation „Der betriebliche Datenschutzbeauftragte“ kostet 4,40 Euro und kann per Mail beim DIHK Publikationen Service (bestellservice@verlag.dihk.de) oder auf der Homepage *(www.dihk.de)* unter der Rubrik „Publikationen“ bestellt werden. *(ks)*

Überarbeitet

BROSCHÜRE ZUR „RHEUMATOIDEN ARTHRITIS“

Unter dem Titel „Rheumatoide Arthritis – Was ist das?“ ist eine neue Patientenbroschüre erschienen. Auf zwei Seiten informiert sie über Krankheitszeichen und Behandlungsmöglichkeiten. Therapeuten können ihre Patienten auf die Kurzinformation aufmerksam machen.

Die Broschüre wurde vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer entwickelt. Patienten, die an der rheumatoiden Arthritis erkrankt sind, finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung, die mit einer dauerhaften Entzündung vieler Gelenke einhergeht. *(ks)*

Statistik für Therapeuten

Frauen nutzen Osteopathie doppelt so oft wie Männer

Seit die BKK vor Ort im Mai 2012 osteopathische Behandlungen in ihr Leistungsangebot aufgenommen hat, haben rund 3.000 Versicherte diese alternative Heilmethode in Anspruch genommen. Die Kasse untersuchte, welche Patienten die Leistung am häufigsten nutzen. Für Therapeuten ein guter Hinweis, wer der Therapiemethode gegenüber besonders aufgeschlossen ist.

Mit 2.051 weiblichen Versicherten lag der Anteil derjenigen, die Osteopathie in Anspruch nahmen, rund doppelt so hoch wie der Anteil der männlichen Versicherten (925). Aber auch Kinder nutzen die alternative Behandlungsmethode, die nicht der Schulmedizin entspricht und damit grundsätzlich keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist: In der Gruppe der bis Zehnjährigen finden sich mehr als 14 Prozent aller behandelten Versicherten – darunter auch einige, die noch kein Jahr alt sind, heißt es weiter.

Hauptnutzer mit rund 42 Prozent seien allerdings Patienten zwischen 41 und 60 Jahren, mit steigendem Alter sinke die Zahl der osteopathischen Behandlungen, bei den über 60-Jährigen lag der Anteil bei rund 19 Prozent. Das Behandlungsspektrum sei sehr weit: Am häufigsten werde Osteopathie bei Beschwerden an der Wirbelsäule, im muskulären Bereich und bei Migräne angewandt – aber auch mit der Diagnose „Schreibaby“ und „Saugverwirrung beim Säugling. *(ks)*

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im April und Mai

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen auf den Punkt gebracht mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Themen und Lösungen vor, die Abläufe in der Praxis optimieren oder für mehr Umsatz sorgen, um mit langfristigen Gewinnen die Zukunft zu sichern.

Anmeldung unter: *Tel.: 04307-8119800, E-Mail: info@buchner-consulting.de.* ***Weitere Informationen*** *unter: www.buchner-seminare.de oder www.buchner-shop.de.*

PRÄSENZ-SEMINARE						ZEIT
Nr.	Name	Termin	Ort	Basis-einheitencode	VK-Preis	
PT130413TB	Mitarbeiterkommunikation	13.4.	Bremen	1-tägig	199,50 €	10–17 Uhr
PT130417EAG	Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	17.4.	Stuttgart	1-tägig	199,50 €	10–17 Uhr
PT130418EAP	Erfolgreich mit Privatpatienten abrechnen	18.4.	Stuttgart	1-tägig	199,50 €	10–17 Uhr
PT130419PO	Rezeption – Ort der Entscheidung	19./20.4.	Leipzig	2-tägig	329,50 €	9–17/15 Uhr
PT130508EB	Ärzte motivieren, extrabudgetär zu verordnen!	8.5.	Nürnberg	1-tägig	199,50 €	10–17 Uhr

ONLINE-SEMINARE						
Nr.	Name	Termin	Ort	Basis-einheitencode	VK-Preis	
neu PT130408OEGKV	Einarbeitung 1: Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung	8.4.	Online	90 Minuten	25,13 €	14–15.30 Uhr
PT130410OSU	Schummeln unnötig – formal korrekt mit Krankenkassen arbeiten ist gar nicht so schwer!	10.5.	Online	90 Minuten	25,13 €	19–20.30 Uhr
PT130423OTEB	Der Therapiebericht – Jetzt verordnen Ärzte gerne weiter!	23.4.	Online	90 Minuten	25,13 €	19–20.30 Uhr
PT130506OEGKV	Einarbeitung 1: Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung	6.5.	Online	90 Minuten	25,13 €	14–15.30 Uhr
PT130507OPFL	So werfen Sie bei der Erstellung von Praxisbroschüren und Flyern kein Geld zum Fenster heraus	7.5.	Online	90 Minuten	25,13 €	19–20.30 Uhr

GKV-Finanzentwicklung in 2012

Für Heilmittelerbringer nur moderates Umsatzplus in 2012

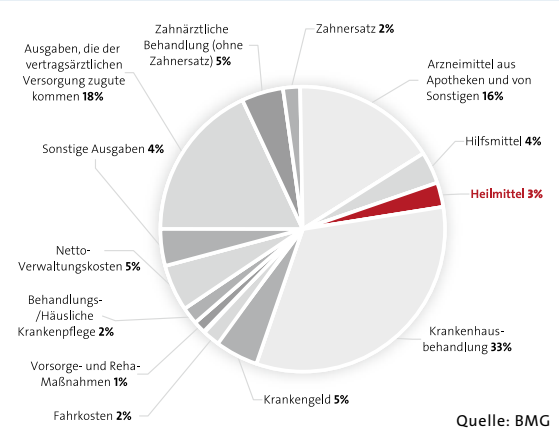
Auch 2012 haben die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der Gesundheitsfonds mit einem Plus abgeschlossen und erwirtschafteten einen Überschuss von 5,07 Milliarden Euro. Das teilte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kürzlich mit. Heilmittelerbringer konnten im Vergleich zum Vorjahr allerdings nur ein geringes Umsatzplus erreichen.

Heilmittelerbringer gehörten in 2012 definitiv nicht zu den Wachstumsgewinnern. In 2012 haben sie 5,26 Milliarden Euro an Umsätzen mit GKV-Patienten gemacht. Das ist nur ein Plus von 2,1 Prozent je Versichertem – 2011 lag die Steigerungsrate noch bei 7,8 Prozent.

Der Start im ersten Quartal 2012 mit einem Wachstum von 6,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr war noch gut, dann folgte ein beständiger Abstieg: 4,4 Prozent Wachstumsrate im zweiten und dritten Quartal, 3,9 Prozent im vierten Quartal. Nach Vorlage der Zahlen für das gesamte Jahr sind dann nur noch 2,1 Prozent zu verzeichnen.

Damit ist das Jahr 2012 für Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Podologen ein problematisches Jahr, denn das Wachstum der Heilmittelbranche entspricht so gerade der Inflationsrate (2,0 Prozent).

Die Einnahmen der Krankenkassen dagegen erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um etwa sechs Milliarden Euro (plus 3,2 Prozent), die Ausgaben stiegen um rund 4,9 Milliarden Euro (plus 2,7 Prozent). Der Gesundheitsfonds erzielte einen Überschuss von rund 3,55 Milliarden Euro. Je Versichertem gab es 2012 einen Ausgabenzuwachs von 2,7 Prozent. *(ks/ko)*



Viel zu tun für Therapeuten

Rückenschmerzen nach wie vor auf Platz 1 der Fehlzeiten

Die Fehltage durch psychische Krankheiten haben im letzten Jahr einen neuen Höchststand erreicht. Nach dem DAK-Gesundheitsreport 2013 haben sie sich zwischen 1997 und 2012 mehr als verdoppelt. Insgesamt sank allerdings der Krankenstand 2012 gegenüber dem Vorjahr um 0,1 auf 3,8 Prozent – das sind im Schnitt 14 Fehltage pro Arbeitnehmer. Die meisten Fehltage gehen nach wie vor auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück.

Mit einem Anteil von 23,2 Prozent (Vorjahr: 21,3 Prozent) liegen Rückenleiden nach wie vor an erster Stelle. Auf Platz zwei mit jeweils 14,5 Prozent folgen erstmals psychische Erkrankungen mit 204 Fehltagen (Vorjahr: 13,4 Prozent) und Atemwegserkrankungen mit 203 Fehltagen pro 100 Versicherte (Vorjahr: 16,1 Prozent). Die Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen haben sich in den letzten 15 Jahren mehr als verdoppelt (plus 165 Prozent). Auf Platz vier liegen Verletzungen bedingt durch Unfälle mit einem Anteil von 12,5 Prozent gegenüber 13,9 Prozent im Vorjahr.

Sensibilität gegenüber psychischen Erkrankungen deutlich verändert

Der DAK-Gesundheitsreport 2013 untersuchte die Daten von 2,7 Millionen erwerbstätig Versicherten. Dabei zeigte sich bei den Fehltagen in den Betrieben eine deutliche Verschiebung: Wurde 1997 nur jeder 50. Erwerbstätige wegen eines psychischen Leidens krankgeschrieben, war es 2012 bereits jeder 22., heißt es in einer Pressemitteilung. Frauen waren fast doppelt so häufig betroffen wie Männer (5,9 Prozent bei den Frauen gegenüber 3,3 Prozent bei den Männern). Ein Trend, der vermuten ließe, dass sich die Deutschen zu einem Volk von psychisch Kranken entwickeln. Studien belegten jedoch, dass psychische Störungen seit Jahrzehnten in der Bevölkerung nahezu gleich verbreitet seien. „Das Bewusstsein und die Sensibilität von Ärzten und Patienten diesen Krankheiten gegenüber haben sich deutlich verändert“, betonte Herbert Rebscher, Chef der DAK Gesundheit, bei der Vorstellung des Reports.

Erreichbarkeit nach Feierabend erhöht Gesundheitsrisiko

Die DAK-Studie untersuchte dabei, ob es einen Zusammenhang zwischen der Erreichbarkeit außerhalb der normalen Arbeitszeiten und psychischer Erkrankungen, insbesondere Depressionen gebe. Eine repräsentative Umfrage unter rund 3.000 erwerbstätigen Versicherten ergab, dass bereits Beschäftigte mit einem nur mittleren Maß an Erreichbarkeit nach Feierabend (bis zu einmal pro Woche) häufiger von einer Depression betroffen seien als ihre weniger oder kaum erreichbaren Kollegen. Noch höher sei das Gesundheitsrisiko für die etwa acht Prozent der ständig erreichbaren Mitarbeiter: Jeder Vierte von ihnen litt unter einer Depression, das seien rund zwei Prozent der Arbeitnehmer. „Für diese kleine Gruppe hat der Wegfall der Grenze zwischen Beruf und Privatleben einen hohen Preis“, betonte Rebscher.

Im Vergleich zur telefonischen Erreichbarkeit empfanden die Befragten die Belastung durch E-Mails als geringer. Auch wenn zwei Drittel der Beschäftigten nicht ständig per Mail erreichbar seien, lese jeder Zehnte (11,7 Prozent) fast täglich dienstliche Mails nach Feierabend. Allerdings fühlten sich zwei von drei dieser Personen dadurch nicht belastet. *(ks)*

Selbstzahlerkonzept „Zumbatomic“

Bewegungs-Hits für Kids

Zumba heißt das Tanzfitnessprogramm, das auch in Deutschland immer mehr Anhänger findet. Es ist eine Mischung aus Aerobic und lateinamerikanischen Tanzelementen und soll Spaß pur machen – nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder. Seit Anfang Februar 2013 bieten die Dortmunder Physiotherapeutinnen Julia Brodhage und Marina Maßner Zumbatomic an – für Kids zwischen acht und zwölf Jahren.

Auf die Idee kamen die beiden Therapeutinnen, die 2006 ihren Abschluss machten und vor einem Jahr ihre Praxis „physiobeweggrund“ im Stadtteil Lütgendortmund eröffneten, über die Suche nach einer Zumba-Kursleiterin. „Wir wollten ohnehin Zumba Fitness für Erwachsene anbieten“, erinnert sich Marina Maßner. „Bei den Vorgesprächen ergab sich dann die Möglichkeit, Zumba auch für Kinder anzubieten.“ Kurz entschlossen entwarfen die beiden einen Flyer, den sie in Schulen und Kindergärten sowie in Ergotherapie-Praxen auslegten.

Der Trendsport Zumba begeistert auch Kinder.

Über 14 Millionen Zumba-Fans in aller Welt

Zumba ist eher zufällig in Kolumbien entstanden: Der Fitnesstrainer Alberto Perez hatte Mitte der 90er Jahre für seinen Aerobic-Kurs die Musik vergessen. Er improvisierte, indem er seine privaten Kassetten mit traditionellen Liedern – Salsa und Merengue – auflegte und sich von den neuen Rhythmen leiten ließ. Nach der Begeisterung in seinem Kurs brachte Perez 1999 das neue Fitnessprogramm in die USA. 2001 ließ er Zumba® als Marke registrieren und gründete mit zwei Geschäftspartnern das Unternehmen „Zumba Fitness, LCC“. „Zumba® Fitness eroberte in den folgenden Jahren die Fitnessstudios in aller Welt. Mittlerweile nehmen „über 14 Millionen Menschen aller Fitnessstufen, Größen und Altersgruppen wöchentlich an Zumba Kursen teil – in über 140.000 Standorten in mehr als 150 Ländern, heißt es auf der Homepage des Unternehmens.

Jeden Donnerstag ab 17 Uhr wackeln nun im Dortmunder Westen Kids zwischen acht und zwölf Jahren – allesamt Neulinge in der Praxis – mit ihrem Po, haben Spaß und verbrennen ganz nebenbei noch Kalorien.

„Leider derzeit nur vier“, bedauert Marina Maßner. Aber jeder Anfang sei eben schwer, so die 28-Jährige weiter, Zumba für Kids sei im Moment eher noch ein Zuschussgeschäft. Doch sie ist überzeugt, dass bald weitere Kids den Weg in ihre Gemeinschaftspraxis finden werden, wenn „sich der Spaß, den Zumba macht, erst einmal herumgesprochen hat“. Maximal mitmachen können neun Kinder – ebenso viele wie in den Kursen für Erwachsene, die inzwischen immer ausgebucht sind (Kosten für 10er Karte: 70 bzw. 80 Euro).

„Das Workout aus tänzerischen Bewegungen und Fitness-Übungen bringt die Kinder zum Schwitzen.“

Räumliche Veränderungen mussten die beiden Praxisinhaberinnen nicht vornehmen. „Wir haben einen eigenen Kursraum“, so Marina Maßner, in dem neben Zumba Fitness noch Yoga, Pilates, Rückengymnastik und seit Januar auch „Fit mit 55“ angeboten wird. Das einzige Problem bei Zumba war, einen geeigneten Kursleiter zu finden. „Wir haben über ein Jahr gesucht“, erinnert sie sich. Hilfreich bei der Suche war die Internetseite von „Zumba Fitness, LCC“ (*www.zumba.com*).

Das Workout aus tänzerischen Bewegungen und Fitness-Übungen bringt die Teilnehmer nicht nur zum Schwitzen, es lässt ganz nebenbei die Pfunde purzeln – bis zu 1.000 Kalorien pro Stunde, versprechen die ganz Euphorischen. Auch wenn Sportwissenschaftler wie Professor Ingo Froböse von der Deutschen Sporthochschule in Köln dies bezweifeln, sei Zumba auf jeden Fall ein Fatburner, denn Kalorien werden verbrannt, wenn der gesamte Körper aktiv sei, so der Experte weiter.

Vielfältige Möglichkeiten für die Praxis

Ob 1.000 oder nur 400 Kalorien – Hauptsache, man ist mit Spaß dabei. Inzwischen gibt es schon acht verschiedene Zumba Kursvariationen: Zumba® Fitness, Zumba Gold® für die Best Ager, Zumba® Toning für jene, die gezielt Arme, Bauch, Po und Oberschenkel straffen wollen, Aqua Zumba® für Wassergymnastik, Zumbatomic® für Kinder zwischen acht und zwölf Jahre, Zumba® in the Circuit, ein halbstündiges Kurztraining, Zumba® Gold-Toning, eine Mischung aus Zumba Fitness und Krafttraining für Teilnehmer mittleren Alters und Anfänger und Zumba Sentao™ im Sitzen. Auf jeden Fall ist Zumba® ein Fitnesstrend mit Wachstumspotenzial – sicherlich auch für die Praxisinhaberinnen Julia Brodhage und Marina Maßner. *(ks)*

> KONTAKT

physiobeweggrund, Brodhage & Maßner GbR,
Lütgendortmunder Straße 135, 44388 Dortmund,
Tel.: 0231-53039992, E-Mail: info@physiobeweggrund.de,
www.physiobeweggrund.de

Der Abrechnungstipp

Ergänzende Angaben zum Heilmittel

Ärzte können ihre verordneten Heilmittel durch eine ergänzende Angabe konkretisieren und dadurch genau festlegen, welche Maßnahmen der Therapeut bei dem entsprechenden Patienten anwenden muss. Dies ist beispielsweise häufig bei Doppelbehandlungen und Verordnungen von Wärmetherapie, sowie standardisierten Heilmittelkombinationen der Fall. Die möglichen, zu konkretisierenden Maßnahmen der Heilmitteltherapie sind in den jeweiligen Rahmenverträgen detailliert beschrieben und in der Heilmittel-Richtlinie nachzulesen.

§ GRUNDREGELN

- Allgemein gilt: Heilmittel sind eindeutig zu bezeichnen. Alle erforderlichen Einzelangaben für die individuelle Therapie sind zu machen (§ 13 Abs. 2 Satz 1 und 2 HeilM-RL). Das auf der Verordnung angegebene Heilmittel kann durch den verordnenden Arzt zusätzlich konkretisiert werden (z.B. KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad) (§ 13 Abs. 2i HeilM-RL). Wurde das Heilmittel durch den Arzt genauer definiert, muss sich der Therapeut an diese Vorgabe halten.
- Bei der Verordnung von „Standardisierten Heilmittelkombinationen“ ist es dem Arzt freigestellt, die gewählten Maßnahmen zu spezifizieren.
  - Soweit der Arzt keine näheren Angaben macht, müssen prinzipiell alle Leistungen der standardisierten Heilmittelkombination, das heißt alle in den §§ 18 bis 24 HeilM-RL genannten einzelnen Maßnahmen mit allen notwendigen Zusatzqualifikationen, in der Praxis vorhanden sein. Der Therapeut kann dann in der Therapie entscheiden, welche Maßnahmen er anwendet (§ 25 Abs. 2 HeilM-RL).
  - Wenn der Arzt konkrete Maßnahmen beschrieben hat, muss die Praxis nur diese Leistungen in ihrem Leistungsspektrum haben. Handelt es sich um Maßnahmen, die eine entsprechende Fortbildung voraussetzen, sind diese Zertifikate vorzuweisen. In der Therapie müssen dann die vom Arzt vorgegebenen Maßnahmen Anwendung finden.
- Ärzte sind dazu angehalten, nach medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten die Art der Wärme-/Kältetherapie zu spezifizieren. Macht der Arzt keine detaillierten Angaben, darf der Therapeut dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend nur die preisgünstigste Variante abrechnen. (vgl. Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbands Frage 40; Details zu Maßnahmen der Thermotherapie § 24 Abs. 2 HeilM-RL)

SELBST KORRIGIEREN

- Eine Korrektur der Konkretisierung des Heilmittels durch den Heilmittelerbringer ist grundsätzlich nicht möglich.

KORREKTUR DURCH DEN ARZT

- grundsätzlich kann der Arzt die ergänzenden Angaben zu dem Heilmittel ändern.
- Das gilt insbesondere auch dann, wenn die Praxis das spezifizierte Heilmittel nicht anbietet und es deswegen einer Änderung bedarf. Der Arzt kann diese Verordnung dann anpassen und die Änderung durch Datum, (Stempel) und Unterschrift bestätigen.
- Die Korrektur kann auch handschriftlich erfolgen, muss jedoch vom Arzt persönlich mit Handzeichen und Datum versehen werden (§ 13 Abs. 1 HeilM-RL)
- Davon abweichende Regelungen s.u. → Rahmenvertrag

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Einige RVO-Kassen haben in den Rahmenverträgen festgelegt, dass Änderungen auf einer Heilmittel-Verordnung durch den Arzt immer mit Handzeichen, Datum und zusätzlich Vertragsarztstempel abgezeichnet werden müssen.
- Einige Rahmenverträge sehen die Möglichkeit vor, dass die Korrektur des Arztes durch ein Fax erfolgen kann.
- Bei Korrektur per Fax muss das Fax lesbar sein und dieses der Originalverordnung bei der Abrechnung zum Beispiel mit Büroklammer beigefügt werden (Tacker mögen die Kassen nicht so gern, aber die Verbindung ist sicherer).
- Aufpassen: Bei Faxänderungen kann man anhand des Sendeprotokolls das Datum der Änderung sehen. Dieses Datum darf nicht später als der Tag des ersten Behandlungstermins sein.
- Achtung, die einzelnen Maßnahmen können nur abgerechnet werden, wenn sie in den jeweiligen Rahmenverträgen vereinbart worden sind. Nicht alle Vergütungsvereinbarungen nach § 125 Abs. 2 SGB V sehen dies vor.

BESONDERHEITEN

- Spezifiziert der Arzt das Heilmittel durch eine Maßnahme, die nach der Leistungsbeschreibung (siehe entsprechende Rahmenverträge) eine Zusatzqualifikation erfordert, darf diese nur durch einen zertifizierten Therapeuten erbracht werden.

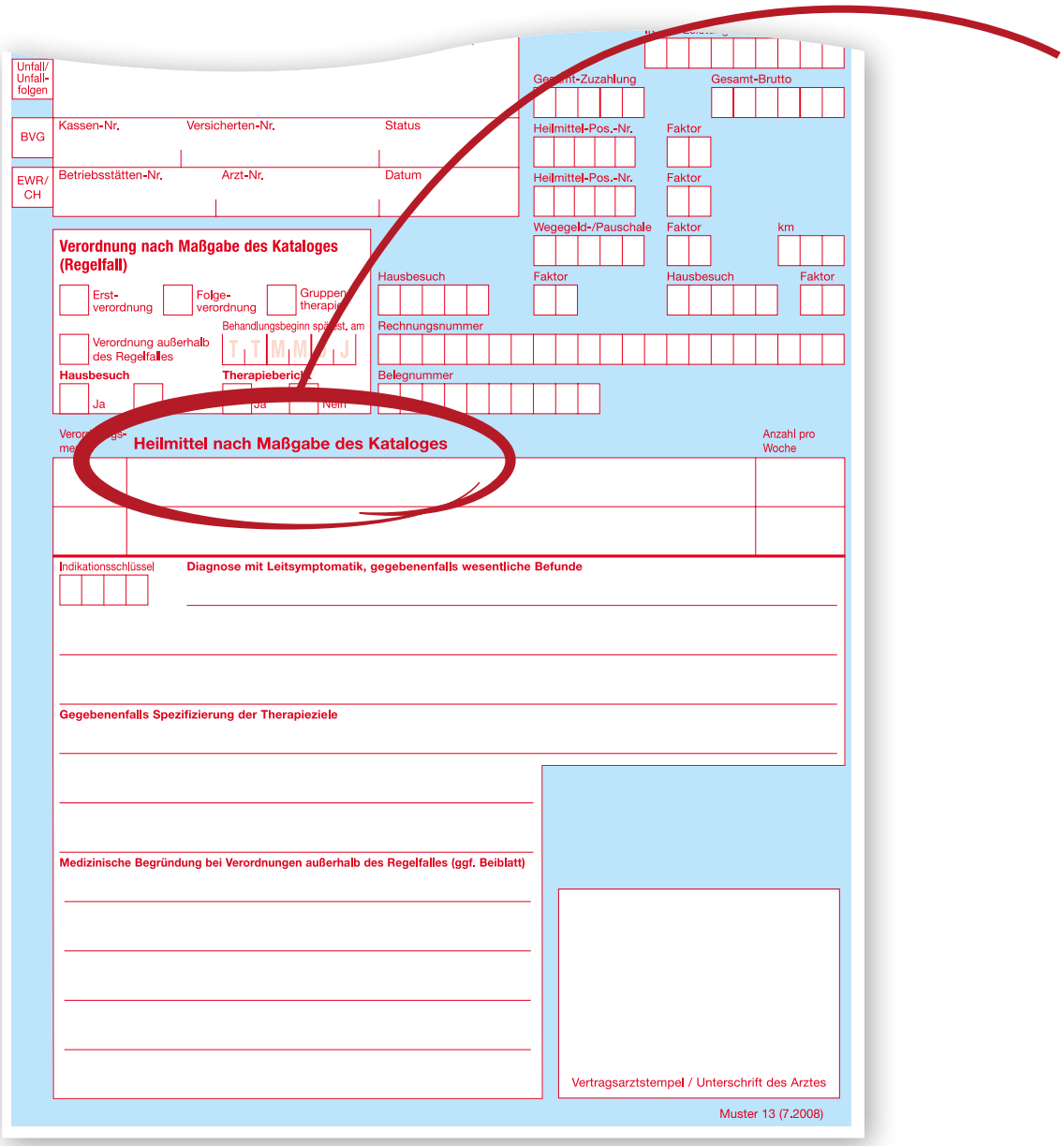
ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Die Konkretisierung durch den Arzt hat Vorteile:
  - Höherpreisige Leistungen können erbracht und abgerechnet werden.
  - Die Praxis muss für D1-Verordnungen nur die Leistungen vorhalten, die durch den Arzt ergänzend wurden und nicht alle in der Heilmittel-Richtlinie vorgegebenen Maßnahmen.
- Ärzte reagieren auf Hinweise der Therapeuten zum verordneten Heilmittel oft sensibel. Insofern ist hier bei der Kommunikation von Änderungs-/Korrekturwünschen sehr zurückhaltend zu verfahren.

(jw)

up-premium plus

*Alle Artikel können **up-premium plus** Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen oder im buchner-Shop downloaden.*



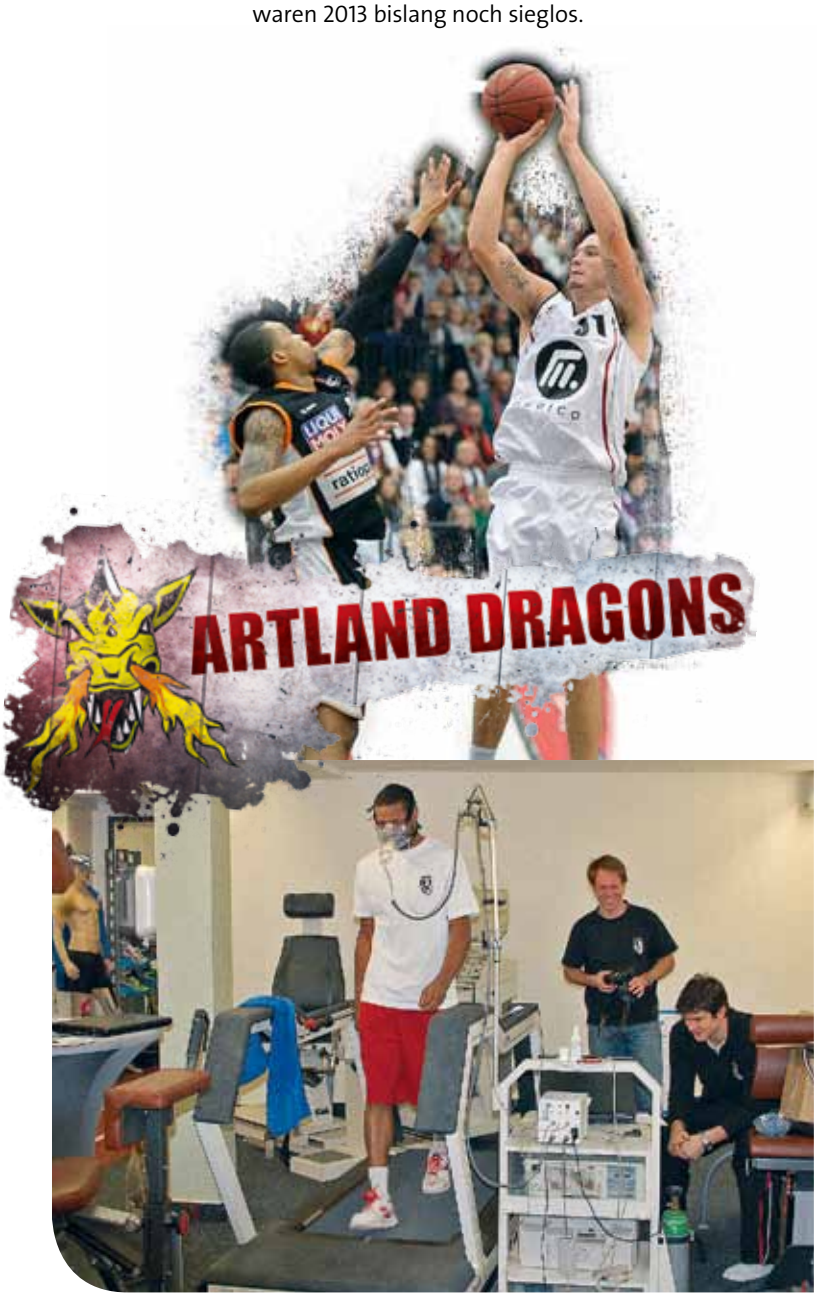
Das auf der Verordnung angegebene Heilmittel kann durch den verordnenden Arzt zusatzlich konkretisiert werden.

Werbe-Ideen für die Praxis

Basketballstars in der Praxis

Ein besonderes Erlebnis für alle Basketball-Fans fand im *indigus Therapiezentrum* im niedersächsischen Löningen statt. Hier absolvierten die „langen Kerle" der Artland Dragons ein Leistungstraining und gaben nebenher Autogramme. Für Praxisinhaber Jürgen Patock gleichzeitig eine gute Gelegenheit, für sein Zentrum die Werbetrommel zu rühren.

Die Aktion fiel dem 46-jährigen Physiotherapeuten und indigus-Geschäftsführer quasi in den Schoß. Die Bundesliga-Basketballer, die sich regelmäßig in seinem Therapiezentrum zwei Mal im Jahr durchchecken lassen, stecken derzeit in einem leichten Leistungstief und waren 2013 bislang noch sieglos.



Grund genug für den Coach, seine Spieler noch einmal zur Leistungsdiagnostik zu indigus zu schicken. Nebenbei, so dachte sich Jürgen Patock, finden sie sicher noch Zeit, den großen und kleinen Basketball-Fans Autogramme zu geben.

Autogrammstunde für die Patienten

Gesagt – getan. Viel Werbung machte der Praxisinhaber, der 1992 sein Therapiezentrum gründete, nicht. Eine Ankündigung bei Facebook reichte, um auf sich aufmerksam zu machen. „Auch unser Monitor im Empfang hat sicherlich den einen oder anderen Patienten in die Trainingsräume gelockt, um sich die Artland Dragons mal aus der Nähe anzuschauen." Für die Kinder, die gerade an diesem Tag im interdisziplinären Therapiezentrum behandelt wurden, war die Aktion ein Highlight. „Die Therapeuten sind mit ihren kleinen Patienten in den Trainingsraum gegangen", berichtet Patock, „ dort konnten sie ihre Stars hautnah erleben." Aber auch ein paar Jugendliche, die nicht in der Therapie sind, fanden den Weg ins indigus. Sie brachten Trikots mit und das Maskottchen der Artland Dragons, Tobi den Drachen, um sich die Unterschriften des ganzen Teams zu holen.

Ob durch diese Aktion neue Patienten in das Therapiezentrum gelockt werden konnten, vermag Patock, der 1990 seinen Abschluss als Physiotherapeut machte und sich seit etwa zehn Jahren nur noch um den wirtschaftlichen Teil der Praxis kümmert, nicht zu sagen. „Im Laufe der Jahre musste ich lernen, dass man immer irgendwie präsent sein muss." Allerdings habe er seine Werbestrategie grundlegend geändert. „Anzeigen in Zeitungen mache ich schon seit Jahren nicht mehr", erklärt er, da der Nutzen zu gering sei. Die beste Werbung sei immer noch die gute Arbeit, die sich durch Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitet.

Großes Banner von indigus unter dem Korb

Die Aktion mit den Artland Dragons ist nur eine von vielen Ideen, um in der Öffentlichkeit präsent zu sein, wie ein Blick auf die Homepage beweist. Der Kontakt zu den „langen Kerlen" besteht übrigens schon länger. Ein ehemaliger Mitarbeiter des Trainingszentrums kümmert sich inzwischen ausschließlich um deren Fitness. Unter dem Korb des Basketball-Teams aus Quakenbrück hängt ein großes Banner vom indigus Trainingszentrum – für den Geschäftsführer eine Werbung am richtigen Ort. *(ks)*

> KONTAKT

indigus Therapiezentrum, Vehweg 2-4, 49624 Löningen, Tel.: 05432-1872, E-Mail: info@indigus.de, www.indigus.de

Mitarbeiterkündigung als Chance nutzen

Meine Mitarbeiterin hat überraschend gekündigt. Wie soll ich am besten reagieren?

Die Situation:

Sabine Greinert*, eine langjährige, geschätzte Mitarbeiterin, hat gekündigt – scheinbar aus heiterem Himmel. Ihrer Chefin, Frau Rotkirk*, gegenüber führt sie familiäre und finanzielle Gründe an. Die neue Stelle bei einer der größten, gut eingeführten physiotherapeutischen Reha-Einrichtung in der Stadt, hat sie schon in der Tasche. Man sei von der Reha-Einrichtung aus auf sie zugekommen, da man Gutes von ihr gehört habe. Das Angebot habe sie einfach nicht ausschlagen können: höheres Gehalt, Gleitzeitoption und die Möglichkeit, Betriebskitaplätze für ihre beiden Kinder zu beantragen. „Wer soll denn bei so einem Angebot noch mithalten können?“ fragt sich die Praxischefin völlig vor den Kopf gestoßen. Sie fühlt sich hintergangen und irgendwie ausgenutzt.

Schließlich hatte sie sich doch gerade um Frau Greinert sehr bemüht und sie gefördert. Sie und das Team haben es Frau Greinert doch über die Jahre erst ermöglicht, etliche Weiterbildungen zu machen und damit genau die Zusatzqualifikationen zu erwerben, die sie jetzt für die Reha-Einrichtung als Therapeutin überhaupt so interessant machen. Und da nimmt sie bei der ersten besten Anfrage einfach ihren Hut? Trotz dieser Gedanken schweigt Frau Rotkirk und nickt die Kündigung kommentarlos ab. „Jetzt ist es ja eh schon zu spät“ denkt sie sich. Sie vermeidet es in den kommenden Wochen, mit Frau Greinert zusammenzutreffen und ist froh, als die Mitarbeiterin endlich verschwunden ist.

Aber die Kündigung hinterlässt ein dumpfes, unangenehmes Gefühl im ganzen Team. Nur, wie hätte Frau Rotkirk besser reagieren können?

Kündigung wirkt sich auf das Team aus

Gute Mitarbeiter werden immer rarer. Für die nächsten Jahre wird damit gerechnet, dass in der Gesundheitsbranche bis zu eine Million qualifizierte Arbeitnehmer fehlen werden. So kommt es auch in Heilmittelpraxen – vor allem in größeren Teams – häufiger als früher zu Kündigungen. Viele Praxischefs reagieren häufig nach dem Motto „Reisende soll man nicht aufhalten“. Das ist zwar nachvollziehbar, hat aber leider oft negative systemische Auswirkungen auf das ganze Team. Die bleibenden Mitarbeiterinnen sehen, dass die scheidende Mitarbeiterin während ihrer Tätigkeit im Unternehmen mit zum Erfolg beigetragen hat. Wenn die Kollegin, die gekündigt hat, einfach eines Tages ohne ein Wort des Abschieds verschwunden ist, entsteht in den Köpfen der bleibenden Mitarbeiter der potentielle Eindruck: „Hier kann man jahrelang arbeiten, das sieht sowieso keiner. Am Ende erhält man nicht mal einen Dank“. Zudem entstehen oft Gerüchte über die „wahren Gründe“ des Wegganges. Hierdurch kann die Motivation im Team sinken und weitere Kündigungen werden wahrscheinlicher.

Chancen nutzen

Es ist verständlich, dass Frau Rotkirk über eine Kündigung verärgert oder enttäuscht ist. Allerdings hat sie dadurch auch eine Chance, dem Team zu zeigen, dass sie eine „gute Chefin“ ist. Das könnte sie zum Beispiel so machen: Die Leistungen der scheidenden Mitarbeiterin werden gewürdigt (z.B. in einer Teambesprechung). Sie wird freundlich und formal verabschiedet und erhält ein angemessenes Abschiedsgeschenk. Ihr Weggehen wird bedauert und gleichzeitig wird ihr für den weiteren Lebensweg alles Gute gewünscht. Dieses Vorgehen ist auch möglich, wenn die Mitarbeiterin (z.B. wegen einer Krankschreibung) abwesend ist. Gerade die Klarheit des Abschiedes, die Würdigung der erbrachten Leistungen und das Bedauern des Wegganges bewirken beim Team, dass die Mitarbeiterinnen sehen, wie wichtig sie für die Praxis sind. Dadurch verstärkt sich die Bindung zwischen Team und Chef und die Wahrscheinlichkeit für weitere Kündigungen sinkt.

Dr. Anke Handrock

*Name v.d.Red. geändert

Kontakt:
Dr. Anke Handrock
Zahnärztin . Trainerin . Praxiscoach
Telefon: 030-36 43 05 90
E-Mail: anke@handrock.de
Web: www.handrock.de

Termine
4 Blöcke á 3 bzw. 4 Tage in Berlin
Beginn: 3. bis 5. Juni 2013
Die Kurse sind im Paket oder auch einzeln buchbar.

Anmeldung auch über die Hotline unter 0800-9477360. ***up-premium plus****-Kunden erhalten eine Seminargutschrift über 40 Euro.*

KURSEMPFEHLUNG „SYSTEMISCH FÜHREN“

Im Praxisalltag gibt es ständig Situationen, in denen sich der Umgang des Chefs mit einer Person darauf auswirkt, wie und was eine andere Person, ob Mitarbeiter/in oder auch Patient/in, darüber denkt, fühlt und weitererzählt.

Bei all unserem Handeln wirkt unser Wissen über ähnliche Situationen, die wir selber erlebt oder auch „nur“ mitbekommen haben, in unser Empfinden, Denken und Handeln hinein, ohne dass wir uns dessen bewusst wären. Das erleben auch Praxischefs täglich im Umgang mit Mitarbeitern und Patienten.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Chefs ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie Praxissysteme in ihrer Grunddynamik aufgebaut sind und welche Führungs-Situationen besonderes Fingerspitzengefühl erfordern. So lassen sich problematische Situationen durch gekonntes systemischen Führen entspannt entflechten und positiven Nutzen entfalten.

Kunden werben Kunden...

up-premium

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für ***up-premium*** geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

☐ Prämie 1:
grilltech „Notebookgrill“

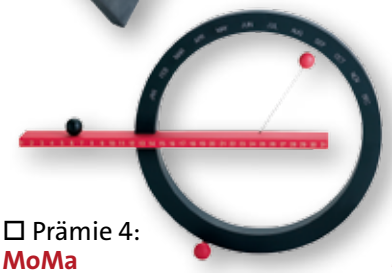
Für einen perfekten Grillabend, egal wo, immer mobil. Zusammengeklappt schmal wie ein Notebook.

☐ Prämie 3:
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:
360°-Segeltuchrucksack

Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!
Maße: B 40 x H 27 x T 11 cm



☐ Prämie 4:
MoMa „Ewiger Kalender“

Der immerwährende Kalender. Einfach die magnetischen Kugeln per Hand auf das passende Datum setzen.
Maße: 14 x 20,3 x Ø 4,7 cm

☐ Prämie 5:
360°-Segeltuchtasche

Für den richtigen Auftritt an Land oder als Begleiter beim Segeltörn, Persenning-Tasche Strandperle.
Maße: B 40 x H 35 x T 19 cm

☐ Prämie 6:
Aroma Bedufter „Jasmin“

Jasmin beduftet den Raum wahrnehmbar dezent und ist in ihrer Erscheinung sehr diskret.
Maße: B 13 x H 19 x T 13 cm

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

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

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

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

Ich möchte ***up-premium*** ab der nächsten Ausgabe zum reduzierten Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7% MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

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

E-Mail-Adresse ..... Webseite .....

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 per Post oder 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