6.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

AKTUELL

GKV-HIS Daten 2012 veröffentlicht
Erstmals fünf Milliarden Euro für Heilmittel 5

Kriterienkatalog nur schwer zu erfüllen
Ärztenetze – kaum Chancen für Therapeuten 12

3 Wege – 2 Grafiken
Extrabudgetäre Heilmittelverordnung – so geht's 13

SCHWERPUNKT

Urlaubsplanung für die Praxis 6

KONZEPTE

DVE entwickelt Selbstzahlerprogramm für ältere Menschen
Ergotherapeutin testet „TATKRAFT" 20

ABRECHNUNG

Abrechnungstipp
BG-Rezept/Rezepte der Unfallversicherung 18

TIPPS

Wirkstoff Wort
Formulierungen und ihre Wirkung im Praxisalltag 22

www.up-aktuell.de

Krankenkassen kürzen wegen Unterschrift

Dürfen Kinder auf der Verordnung selbst unterschreiben?

Die Krankenkassen suchen sich immer neue Wege, um Geld zu sparen. So kommt es in letzter Zeit in vielen Heilmittelpraxen vor, dass Kassen Rechnungen kürzen, weil ein Kind die Behandlung unterschrieben hat, das noch keine 15 Jahre alt ist. Laut § 36 des SGB I sei dies nicht erlaubt. Die Rechtslage ist nicht eindeutig, weiß Rechtsanwalt Stefan Genge. Ein Widerspruch gegen solche Kürzungen lohnt sich in jedem Fall.

Meike Jensen* liebt ihre Arbeit. Die Logopädin arbeitet täglich mit Kindern in ihrer Praxis und hat viel Freude dabei. „Gerade bei Kindern kann man deutliche Therapieerfolge erreichen. Das macht einfach Spaß". Weniger Spaß hat die Logopädin allerdings beim Öffnen ihrer Post. Denn in letzter Zeit flattern ihr regelmäßig Rechnungskürzungen der Krankenkassen ins Haus. Begründung: „Eine Unterschriftsleistung durch Patienten, die das 15. Lebensjahr nicht vollendet haben, ist gem. § 36 SGB I ausgeschlossen." Die Logopädin ist irritiert: „Dürfen Minderjährige im Teenageralter die Heilmittelbehandlung auf der Verordnung jetzt plötzlich nicht mehr durch Unterschrift quittieren?"

„Das kommt auf das Alter an", lautet die Antwort des Rechtsanwaltes Stefan Genge. „Inwiefern ein Minderjähriger (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) rechtswirksam die erbrachte Heilmittelbehandlung durch Unterschrift bestätigen kann, ist zunächst eine Frage der Handlungsfähigkeit im Sozialrecht", so Genge. Die sogenannte Handlungsfähigkeit Minderjähriger regelt das SGB I in § 36 gesondert für die Fälle des Antrags, der Verfolgung sowie der Entgegennahme von Sozialleistungen: „Wer das fünfzehnte Lebensjahr vollendet hat, kann Anträge auf Sozialleistungen stellen und verfolgen, sowie Sozialleistungen entgegennehmen" (§ 36 SGB I, (1)). Da die Heilmittelerbringung im Rahmen der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen eine Sozialleistung darstellt, können also Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, zweifelsfrei die Behandlung auf der Heilmittelverordnung quittieren. »

Wir freuen uns auf Ihre Meinung!

In dieser Ausgabe haben wir für Sie einen Versuch gestartet. In zwei übersichtlichen Grafiken visualisieren wir das Thema „Wege zur extrabudgetären Verordnung“. Denn die Regelungen zum Thema „Extrabudgetäre Heilmittelverordnungen“ sind sehr komplex und nicht gerade leicht zu durchschauen. Doch es lohnt sich, das komplizierte Regelwerk sicher zu beherrschen. Denn so unterstützen Sie Ihre Ärzte bei der Regressprophylaxe und helfen Ihren Patienten, weiterhin langfristig mit Heilmitteln versorgt zu werden.

Die erste Info-Grafik „Ablauf“ auf Seite 14 zeigt den konkreten Ablauf, der zu beachten ist, wenn man eine extrabudgetäre Verordnung auslösen will. Die zweite Info-Grafik „Behandlungsfall“ auf Seite 16 verdeutlicht anhand eines konkreten Behandlungsfalls die verschiedenen Möglichkeiten, extrabudgetär zu verordnen.

Mit den beiden Grafiken möchten wir Ihnen eine Hilfestellung für Ihre Arztkommunikation geben. Wenn Sie die Grafiken als hilfreich empfinden oder auch gar nicht damit arbeiten können, freuen wir uns über ein Feedback von Ihnen. Wenn Sie sich zukünftig mehr solcher grafischen Darstellungen über bestimmte Themengebiete wünschen, schreiben Sie uns eine E-Mail unter *redaktion@up-aktuell.de* oder rufen Sie uns an unter 0800-9477360.

Wir freuen uns auf Ihre Meinung.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes
Chefredakteurin

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), Stefan Genge (ge) Björn Schwarz (bj); Korrektorat: Sonja Kohlwes

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Kautz15 (6), Ch. Brignell (10); iStockphoto: pkline (1); C. Sautter-Müller/FOTO-SETZINGER (4), TATKRAFT/Beate Vosen (20/21), Privat (2)

Fortsetzung Seite 1 · ***Dürfen Kinder auf der Verordnung selbst unterschreiben?***

» Ebenso klar ist der Gesetzgeber in der Regelung bei Kindern bis zur Vollendung des siebten Lebensjahres. „Diese sind nach dem bürgerlichen Recht § 104 BGB geschäftsunfähig und dürfen die Behandlung nicht quittieren. Hier müssen die Eltern den Empfang der Leistung auf der Verordnung abzeichnen“, erklärt Genge.

Widerspruch lohnt sich

Doch wie sieht es nun bei Kindern zwischen dem siebten und 15. Lebensjahr aus? Stefan Genge sieht hier eine mögliche rechtliche Grauzone. „Problematisch könnte die Einschätzung der Situation bei der Behandlung von Minderjährigen zwischen Vollendung des 7. und 15. Lebensjahres sein, die nach § 106 BGB beschränkt geschäftsfähig sind. Denn das Kind benötigt für eine Willenserklärung, in diesem Fall die Quittierung der Leistung, die vorherige Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (§ 107 BGB).“

Im Prinzip muss so eine Einwilligung der Eltern schriftlich erfolgen (§ 111 BGB für einseitige Rechtsgeschäfte). Allerdings kann man aus der Tatsache, dass die Eltern ihr Kind zur Therapie angemeldet haben und es anschließend allein zur Behandlung schicken, schlussfolgern, dass eine Einwilligung der Eltern damit vorliegt. Denn vermutlich wird es nur wenige Kinder unter 15 Jahren geben, die aus eigener Initiative z.B. zur Logopädie gehen. Von einer Einwilligung der Eltern zur Therapie und damit auch der Einwilligung zur Abzeichnung der Empfangsbestätigung, ist damit grundsätzlich auszugehen. „Das könnte man auch einer Krankenkasse als Widerspruchsbegründung bei einer Rechnungsabsetzung entgegenhalten“, so Genge.

Wem das als Leistungserbringer zu riskant ist, der könnte sich vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Generaleinwilligung der Eltern geben lassen, die bestätigt, dass das Kind die Behandlung unterschreiben darf. So etwas ließe sich in Kinderpraxen sogar in das Anmeldeformular integrieren. „Absoluter Schutz gegen Absetzungen ist das allerdings nicht, da die Rechtslage nicht eindeutig geklärt ist“, so Genge.

„Was mache ich jetzt mit den Verordnungen, die die Kasse bereits gekürzt hat?“

Im Auftrag der [redacted]

Abrechnungsprüfung

Ihre Rechnung vom 09.04.2013
Nummer [redacted]
Betrag 55,54 EUR

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Rechnung/en haben wir im Auftrag der [redacted] auf ordnungsgemäße Abrechnung durchgesehen. Bei den rückseitig aufgeführten Vorgängen bzw. beigefügten Unterlagen wurden Fehler festgestellt.

Absetzungsbetrag: -55,54 EUR

Rechnungsbetrag neu: 0,00 EUR

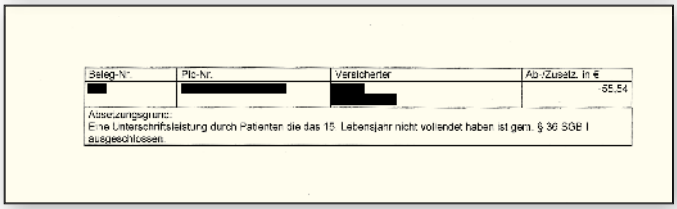
Damit Sie den neuen Rechnungsbetrag nachvollziehen können, haben wir diesem Schreiben eine Tabelle mit Belegangaben beigefügt. Bitte überprüfen Sie die festgestellten Differenzen und reichen Sie uns Ihre korrigierten Unterlagen mit einer Begründung und zusammen mit diesem Schreiben wieder ein. Vielen Dank.

Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns gern an.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Anlage:
Tabelle mit Belegangaben
Originalbelege



Beleg-Nr.	Pkt-Nr.	Versicherter	Ab-/Zusetz. in €
[redacted]	[redacted]	[redacted]	-55,54

Absetzungsgrund:
Eine Unterschriftsleistung durch Patienten, die das 15. Lebensjahr nicht vollendet haben, ist gem. § 36 SGB I ausgeschlossen.

fragt sich Meike Jensen. „Kann man denn da gar nichts machen?“. „Doch, kann man“, weiß Stefan Genge. Therapeuten legen Widerspruch ein und berufen sich dabei auf § 107 BGB: „Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters.“

Unterschrift ist möglich

Dieser Passus bedeutet, dass die generelle Unterzeichnung der Verordnung durch das beschränkt geschäftsfähige Kind dann möglich ist, wenn es dadurch keinen rechtlichen Nachteil erlangt. Das ist bei der Quittierung einer Behandlung wohl der Fall: „Das Kind hat keinen rechtlichen Nachteil, da der Anspruch auf die durchgeführte Behandlung bereits mit deren Vornahme erfüllt wurde und die Unterschrift dem Therapeuten nur der Bestätigung gegenüber der Krankenkasse dient. Und der Umstand, dass das Kind nicht unbedingt die erforderliche Einsicht hat, welche exakte Leistung dort auf dem Rezept vermerkt ist, sollte nicht ausreichen, um ein rechtlich nachteiliges Geschäft anzunehmen“, so der Rechtsanwalt.

Meike Jensen hat sich vorgenommen, sich nicht den Spaß an der Arbeit durch Krankenkassenbürokratie nehmen zu lassen und holt sich zukünftig die schriftliche Einwilligung der Eltern. „Das ist bei der Anmeldung automatisch mit erledigt“. Den abgesetzten Rezepten wird sie widersprechen. *(ko)*

> SERVICE

up-premium plus-Kunden können einen Musterwiderspruch zu diesem Thema kostenlos als Datei bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

*Name v.d.Red. geändert

up **im Gespräch mit der Logopädin Christiane Sautter-Müller über den Gesetzesentwurf zum Präventionsgesetz**

„Wir haben die Chance, gehört zu werden“

Präventionsgesetz – der Name klingt viel versprechend und lässt Therapeuten Herzen höher schlagen. Der Inhalt des Gesetzesentwurfs hingegen dürfte den Herzschlag tief in den Keller sinken lassen. Denn was Gesundheitsminister Daniel Bahr in Sachen Prävention inhaltlich ausgetüftelt hat, ist so fern der Realität, dass der Bundesrat den Entwurf am 3. Mai 2013 als „vollkommen unzureichend“ zur grundlegenden Überarbeitung zurückgeben hat. Jetzt besteht die Chance für alle Heilmittelerbringer, sich aktiv in den Entwurf miteinzubringen. Heidi Kohlwes sprach mit der Logopädin und zweiten Landesverbandsvorsitzenden des dbl in Baden-Württemberg Christiane Sautter-Müller über die Möglichkeiten der Heilmittelbranche.

Christiane Sautter-Müller ist 2. Landesverbandsvorsitzende des dbl in Baden-Württemberg. Sie ist zuständig für Verhandlungen mit Kostenträgern und die Interessenvertretung der Praxisinhaber. Derzeit kandidiert die Logopädin für den Beisitz Freiberufler im Bundesvorstand des dbl.

Frau Sautter-Müller, der Gesetzentwurf zum Präventionsgesetz ist vor dem Bundesrat kläglich gescheitert. Warum ist das jetzt eine Chance für Heilmittelerbringer?

Wir sind die Experten für Prävention, insbesondere für die beiden großen postulierten Gesundheitsziele „gesund aufwachsen“ und „gesund älter werden“! Nur kommen Heilmittelerbringer in dem derzeitigen Entwurf des Präventionsgesetzes überhaupt nicht vor. Mit der Ablehnung des Präventionsgesetzes im Bundesrat, verbunden mit der Aufforderung das Gesetz nachzubessern, haben wir Heilmittelerbringer noch einmal die Chance erhalten, hier unsere Positionen beim Gesetzgeber klar zu machen.

...und die wären?

Nachdem im Vorfeld kaum Lobbyarbeit erfolgt ist, müssen wir Heilmittelverbände nun schnell und massiv unsere Stimme erheben. Denn gerade Therapeuten sind Experten für Prävention. Da gibt es zum Beispiel die Sturzprophylaxe, kognitives Training oder Kommunikation bei Demenz. Logopäden können sich bei Älteren von der Mundgesundheit, über die Ernährung bei altersbedingten Schluckbeschwerden bis hin zum Erhalt der sprachlich-kognitiven Fähigkeiten einsetzen.

Welche konkreten Vorschläge würden Sie in das Gesetz mit einbringen?

Am wichtigsten ist es meiner Meinung nach, dass im Bereich der primären Prävention bei Kindern und Jugendlichen die gesunde Sprachentwicklung explizit neben Bewegung, Ernährung und sozialer Kompetenz als Gesundheitsziel erwähnt wird. Damit wird deutlich gemacht, dass die Sprachentwicklung eindeutig in den Gesundheits- und nicht in den Bildungsbereich gehört. Natürlich verhilft eine gute Sprachentwicklung zu mehr Bildung und gebildete Bevölkerungsschichten zeigen ein gesundheitsbewussteres Verhalten. Dennoch muss klar sein, dass die Entwicklung von Sprache genauso wie die motorische Entwicklung zunächst einmal für „gesunde“ Kinder sorgt und diese dadurch gute Bildungschancen haben.

In dem jetzigen Entwurf wird ein Schwerpunkt auf „Angebote zur Gesundheitsförderung in den individuellen Lebenswelten der Menschen, wie Kindergärten, Schulen oder Senioreneinrichtungen“ gelegt. Zugegeben, die Formulierung ist recht schwammig, kommt aber doch Ihren Forderungen nahe...

Wir beobachten gerade, dass der gesamte Bereich der Sprachentwicklung mehr und mehr in den Bereich der frühkindlichen Bildung geschoben wird. Die „Sprachförderung“ wird bestenfalls von fortgebildeten Erzieherinnen und schlimmstenfalls von kompletten Laien durchgeführt. Kinderärzte schonen ihr Heilmittelbudget, Eltern bekommen ein „Rundumsorglospaket“ und müssen sich nicht kümmern. Und, es werden Stellen für die (akademisierten) „Frühpädagogen“ geschaffen.

Prävention wird also auf Laien abgeschoben?

Ich möchte hier ein Beispiel anführen: die Kariesprophylaxe in den Kindertagesstätten und Schulen ist eine seit Jahren etablierte, evaluierte und sehr erfolgreiche Präventionsmaßnahme. Diese wird von medizinischem Personal durchgeführt: die Untersuchung vom Zahnarzt, die Schulung zum Zähneputzen von den zahnärztlichen Fachangestellten. Wenn ein Löchlein im Zahn gefunden wird, erhalten die Eltern per Brief die Aufforderung, einen Zahnarzt aufzusuchen. Vertieft wird das Thema dann im Kindergartenalltag bzw. im Unterricht von pädagogischem Personal. Kein Mensch käme auf die Idee, die Kariesprophylaxe allein durch „Förderung“ der Erzieherinnen oder Lehrer durchzuführen und erst dann ein Kind zum Zahnarzt zu schicken, wenn die schwarzen Zahnstummel nicht mehr zu übersehen sind. Genau das aber passiert gerade mit der Sprachförderung. Kinder werden notwendigen logopädischen Behandlungen oft zu spät zugeführt, mit der Begründung, dass Sprachförderprogramme ja in der Kindertagesstätte durchgeführt werden.

Wie kann dieser Missstand geändert werden?

Primärprävention heißt auch Früherkennung von (Sprach) Entwicklungsproblemen. Hier wünsche ich mir vom Land oder Bund beauftragte Logopäden, die eine fundierte Diagnostik durchführen und genau wie bei der Zahnhygiene die richtigen Maßnahmen empfehlen können. Gleiches lässt sich natürlich auch auf die Physio- und Ergotherapie übertragen. Auch in den Bereich der erweiterten U-Untersuchungen in den Kinderarztpraxen ließe sich die entsprechende Fachkompetenz der Heilmittelerbringer einbinden. Gerade jetzt vor der Bundestagswahl haben wir die Chance auch Gehör zu finden.

Vielen Dank für das Gespräch.

GKV-HIS Daten 2012 veröffentlicht

Erstmals fünf Milliarden Euro für Heilmittel

Heilmittelerbringer haben bundesweit die Umsatzschwelle von fünf Milliarden Euro im vergangenen Jahr erstmalig überschritten. Allerdings sind die Zuwächse der Vorjahre dahin. Dem bundesweiten Wachstum von +4,34 Prozent stehen deutliche regionale Rückgänge gegenüber – in Hessen sogar ein Rückgang der Heilmittelumsätze von –1,9 Prozent. Das geht aus der aktuellen Veröffentlichung der Heilmittel-Schnellinformation 2012 im GKV-Heilmittel-Informations-System (GKV-HIS) hervor.

Wachstumssieger bei dem Heilmittelumsatz 2012 ist das Bundesland Thüringen (+11,82 Prozent), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (+11,19 Prozent) und Westfalen-Lippe (+7,16 Prozent). In Thüringen konnten sich dabei fast alle Fachgruppen über zweistellige Zuwächse freuen: Physiotherapie (+12,06 Prozent), Ergotherapie (+13,35 Prozent), Podologie (+18,37 Prozent) sowie mit dem geringsten Zuwachs Logopädie (+6,62 Prozent).

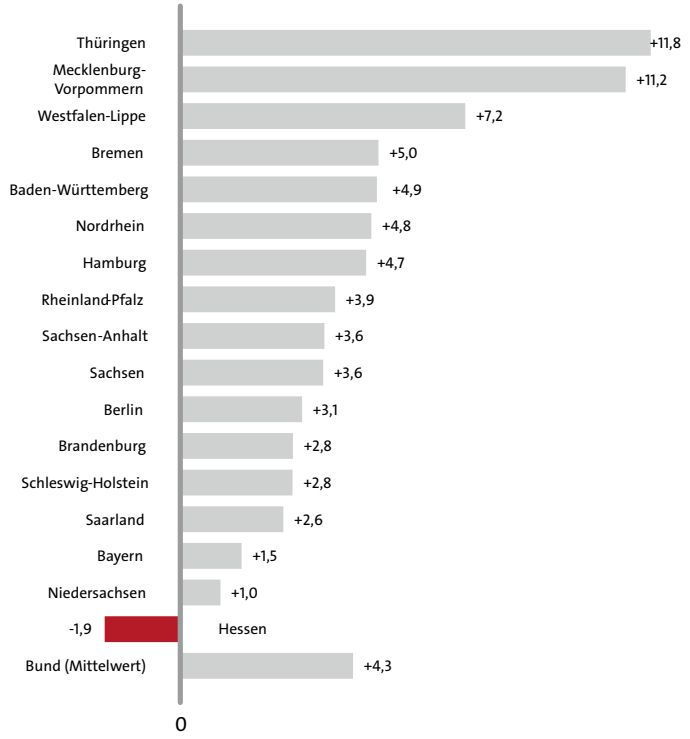
Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen sehen die Wachstumsraten je Fachgruppe allerdings deutlich anders aus. Schlusslicht bilden dabei die Logopäden (+3,09 Prozent). Die Physiotherapeuten liegen leicht darüber (+3,34 Prozent), gefolgt von den Ergotherapeuten (+4,12 Prozent). Übertroffen werden sie nur noch von den Podologen (+11,02 Prozent).

Bei der Detailauswertung der GKV-HIS Daten überrascht immer wieder, wie unterschiedlich die verschiedenen Heilmittel regional verordnet werden. Wirft man einen Blick auf die Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte, dann verordneten die Ärzte der KV Westfalen-Lippe nur für € 55.163, während in Hamburg die Ärzte im selben Zeitraum für € 94.143 Heilmittel verordnet haben. Damit bekommen die Patienten in Westfalen-Lippe rund 41 Prozent weniger Heilmittel als in Hamburg!

Diese Unterschiede werden noch deutlicher, sieht man sich die einzelnen Fachbereiche bei den höchst- und niedrigst-verordnenden Regionen an. So erhalten die Patienten in Westfalen-Lippe 47 Prozent weniger Physiotherapie als in Hamburg. Ergotherapie gibt es in Bremen um 51 Prozent weniger als in Hamburg. Bei den Podologen ist der Versorgungsunterschied am größten. Die Bremer Patienten erhalten 66 Prozent weniger podologische Therapie als die Patienten in Sachsen. Nur 35 Prozent weniger Logopädie erhalten die Patienten in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu den Patienten in der KV Nordrhein. Damit finden sich bei den Logopäden die geringsten Unterschiede in der Versorgung.

Mäßiges Wachstum in 2012

Veränderung der Heilmittelausgaben 2012 in Prozent im Vergleich zum Vorjahr



Quelle: GKV-HIS-Stand: 17.04.2013 – Veränderungen der Heilmittelumsätze im Vergleich zum Vorjahr

© Buchner & Partner GmbH Schwentinental

Auf der Heilmittel-Hitliste der 15 am meisten verordneten Heilmittel des Jahres 2012 hat es im Vergleich zum Vorjahr einen Wechsel zwischen Platz zwei und drei gegeben. Während 2011 die „Ergotherapie (sensomotorisch/perzeptiv), EB“ noch auf Platz zwei landete, musste sie 2012 diesen Platz an die „Sprachtherapie, 45 Minuten, EB“ abtreten. Umsatzrückgänge in der Heilmittel-Hitliste sind wiederum bei den passiven Heilmitteln zu beobachten: Warmpackungen (-4,44 Prozent) und Klassische Massagetherapie (-9,51Prozent). *(bu)*

5 Milliarden Euro Umsatz in 2012

Formal korrekt durch die Urlaubszeit

Schwerpunktthema: Urlaubsplanung für die Praxis

Sommerzeit ist Urlaubszeit und damit auch „Unterbrechungszeit". Wer die Fristen zwischen zwei Behandlungseinheiten überschreitet, riskiert Kürzungen durch die Krankenkasse. Wer Termine „schönt", riskiert zusätzlich noch Vertragsstrafen oder eine Anzeige. Das muss ja wirklich nicht sein. Deswegen haben wir noch einmal alles Wesentliche zum Thema Fristenregelungen für Sie zusammengetragen – dann klappt es auch mit der Abrechnung nach den Sommerferien!

Ich bin dann mal weg, hört man es in den Sommermonaten überall in den Heilmittelpraxen. Zwei Wochen Mallorca, drei Wochen Portugal – die Deutschen sind ein reisefreudiges Völkchen. Da kann es schnell passieren, dass die Zeit zwischen zwei Behandlungen die festgelegten Fristen überschreitet und die sogenannte Unterbrechungsregelung in Kraft tritt. Der GKV-Spitzenverband erklärt die Grundsätze: „Die rechtliche Grundlage der Unterbrechungsfristen bei einer bereits begonnenen Heilmittelbehandlung ist § 16 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wird die Behandlung länger als in den Fristen vorgesehen unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit".

Unterbrechungen absprechen

Die Nichteinhaltung der Fristen stellt regelmäßig eine Abweichung dar von der sich aus der vertragsärztlichen Verordnung ergebenden Frequenzangabe. Diese ist nur dann zulässig, wenn ein abweichendes Vorgehen zuvor zwischen Vertragsarzt und Therapeut verabredet wurde und die einvernehmliche Änderung durch den The-

rapeuten auf dem Verordnungsvordruck dokumentiert ist. Zwischen den Spitzen der GKV und den Bundesverbänden der Heilmittelerbringer sind in den Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V Regelungen festgelegt, die Ausnahmen von der Fristenregelung der Heilmittelrichtlinien zulassen. Mögliche Prüfungen, genaue Verfahren und vertragsrechtliche Konsequenzen werden aber ausschließlich in den Verträgen auf Landesebene festgelegt, und zwar für jede Fachrichtung einzeln. Jedes Bundesland/KV-Gebiet regelt die Ausnahmen selbst. Hier gibt es deutliche Unterschiede. Es empfiehlt sich also, die Rahmenverträge für das eigene Bundesland genau zu lesen.

Grundsätzlich gilt: Ist etwas nicht auf Landesebene festgeschrieben, gelten die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, im Zweifel die Heilmittelrichtlinie. Diese legt fest, dass eine Behandlung nicht länger als 14 Kalendertage unterbrochen werden darf (gilt für Physiotherapie/Logopädie/Ergotherapie). Podologen haben diesbezüglich keine Einschränkung. Die Regelung gilt bundesweit.

Ist Schummeln eine Lösung?

„Auf so etwas zu achten, ist uns zu viel Arbeit", erklärt Sigrun Berthold*, Rezeptionsfachkraft einer Zehn-Therapeutenpraxis aus Nordrhein-Westfalen: „Wir schreiben die Daten nur mit Bleistift auf die Verordnung und machen dann die abgerechneten Behandlungsdaten für die Abrechnung passend." Ist der Frust über das formale „Klein-Klein" der Krankenkassen erst groß genug, sind die Hemmungen irgendwann nicht mehr all zu groß. Was im Praxisalltag als „Schummeln" bezeichnet wird, ist rechtlich gesehen Betrug. Das sieht auch die AOK Niedersachsen so: „Die rechtliche Beurteilung einer falschen oder verfälschten Inhaltsbestätigung (auch des Datums) durch Unterschrift oder der Verleitung dazu durch einen Dritten entspricht der einer juristischen Bewertung zu einer zusammengesetzten Urkunde im Rechtsverkehr. Ob die Zulassung durch derartige Fehler unter Umständen gefährdet sein kann, ist im Einzelfall zu beurteilen." Die AOK Bayern geht noch einen Schritt weiter und macht ihr Vorgehen in solchen Fällen deutlich: „Sofern strafrechtliche Aspekte tatsächlich zutreffen, nehmen wir Kontakt zur Staatsanwaltschaft auf; ansonsten gibt es die Möglichkeit der Verwarnung, einer Vertragsstrafe, der Regulierung eines evtl. entstandenen Schadens bis hin zum Widerruf der Zulassung."

Und die Patienten?

Insofern sollten sich auch Patienten davor hüten, ihre Unterschrift bewusst unter ein falsches Behandlungsdatum zu setzen. „Wenn ein Patient bewusst ein falsches Behandlungsdatum quittiert und dadurch einen Schaden verursacht, kommt auch eine Rückforderung gegenüber dem Patienten in Betracht", so die AOK Niedersachsen. Tatsächlich wird so etwas in der Realität aber kaum passieren, denn die Krankenkassen stehen im harten Wettbewerb zueinander und werden sich davor hüten, sich mit Patienten anzulegen.

Unterbrechungsregelung, Urlaubsplanung der Mitarbeiter und Aushilfen für die Praxis sind nur einige der Themen, die Praxischefs vor den Sommerferien planen müssen.

Sigrun Berthold hat sich mit ihrer Chefin zusammen hingesetzt und den Vertrag gelesen. Danach haben sie die Regeln noch einmal für sich zusammengefasst. Jetzt werden die Termine konsequent korrekt vergeben und siehe da, „ich glaube, wir haben jetzt weniger Arbeit als früher" ist Berthold überzeugt. Denn wenn man erst einmal an einer Stelle schummelt, zieht das in der Regel eine Vielzahl von internen Kontrollen nach sich. „Jetzt müssen wir bei der Terminvergabe zwar ein bisschen mehr aufpassen und auch rund zehn Verordnungen im Monat mehr zu den Ärzten für Änderungen zurückschicken, aber das ist nichts im Vergleich zu früher," erinnert sich die Rezeptionsfachkraft. „Da haben wir jeden Monat jede einzelne Verordnung angefasst, um jedes einzelne Behandlungsdatum zu kontrollieren!" *(bu)*

*Name v.d.Red. geändert

SCHWERPUNKT-THEMA

Schwerpunktthema: Urlaubsplanung für die Praxis	6
Praxis-Urlaub erfolgreich planen	8
Betriebsferien – einfach festlegen?	8
Die richtige Urlaubsvertretung finden	9
So errechnen Sie den Urlaubsanspruch	10
So sparen Sie Steuern beim Urlaubsgeld	10
Checkliste: Sommerferien rechtzeitig vorbereiten!	11

Urlaubsplanung für die Praxis: Teil 1

Praxis-Urlaub erfolgreich planen

Vor allem die Monate Juli und August sind die Hauptreisezeiten der Deutschen. Damit herrscht auch Urlaubszeit in der Praxis. Sowohl Patienten als auch Mitarbeiter wollen in die Sommerferien. Praxischefs benötigen für diese Zeit eine gute Planung, um Umsatzausfällen, nicht versorgten Patienten und nicht ausgelasteten Mitarbeitern vorzubeugen. Wer sich und seine Praxis rechtzeitig auf diese Zeit vorbereitet, kann getrost entspannen.

Zwar gibt es keine gesetzliche Pflicht für einen Praxis-Urlaubsplan, doch ist es aus Sicht einer effektiven Praxisorganisation absolut zu empfehlen. Um einen solchen Plan zu erstellen, sollten alle Mitarbeiter bis zu einem vereinbarten Zeitpunkt ihre Urlaubswünsche beim Praxisinhaber einreichen. Neben den Wünschen und Vorstellungen der Mitarbeiter muss der Praxischef noch festlegen, wie viele Mitarbeiter gleichzeitig abwesend sein dürfen und welche Zeiten erfahrungsgemäß eher ruhig sind, weil viele Patienten Urlaub machen.

Wenn Wünsche nicht vereinbar sind

Nun kommt es aber vor, dass die Wünsche der Mitarbeiter nicht immer umgesetzt werden können. In der Regel sprechen meist nicht dringende betriebliche Gründe gegen eine Urlaubssperre, sondern mehrere Mitarbeiter wollen gleichzeitig frei machen. Dann gilt es, bestimmte Kriterien bei der Festlegung der Urlaubsplanung zu berücksichtigen. Familienmütter und -väter haben Vorrang vor Alleinstehenden – wenn Kinder vorhanden und die Eltern auf die Ferienzeiten angewiesen sind. Ansonsten können Arbeitnehmer, die länger im Betrieb sind, vor Jüngeren den Vorzug bekommen. Schlussendlich hat aber immer der Inhaber bei der Urlaubsplanung das letzte Wort. Er legt fest, wer wann Urlaub macht.

Planungsaufwand senken

Eine Möglichkeit, den Aufwand für die Urlaubsplanung zu senken, sind einheitliche Betriebsferien (siehe Kasten). Stellt man in der Praxis fest, dass es in bestimmten Wochen im Jahr besonders wenig zu tun gibt, dann kann der Praxisinhaber Betriebsferien festlegen. Diese müssen in den Ferien liegen. Es ist zu klären, ob es Patienten gibt, die dauerhaft versorgt werden müssen und wie diese „Notversorgung“ gewährleistet wird. Etwa durch freie Mitarbeiter oder durch Kollegen aus einer befreundeten Praxis.

Wenn der Mitarbeiter umplanen muss

Mitarbeiter haben durchaus das Recht, den einmal geplanten Urlaub zu verschieben. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es dafür dringende persönliche Gründe gibt. Hilfreich für das Praxisklima ist es aber, auch in anderen Fällen zu prüfen, ob die Änderungswünsche der Mitarbeiter realisierbar sind.

Wenn der Arbeitgeber umplanen muss

Das gute Betriebsklima hilft auch dann, wenn der Praxisinhaber selbst Änderungen am Urlaubsplan vornehmen muss. Dies kann ganz schnell der Fall sein, wenn beispielweise ein Kollege krank wird, oder einer der hauptzuweisenden Ärzte seinen Urlaub verschiebt und die Patienten zu versorgen sind. Aus solchen dringenden betrieblichen Gründen kann der Inhaber den Urlaub der Mitarbeiter auch rückwirkend wieder streichen. Dies einvernehmlich mit den Mitarbeitern zu klären, ist natürlich immer angenehmer. In diesen Fällen muss der Arbeitgeber den Mehraufwand tragen, den sein Mitarbeiter wegen der Verschiebung des Urlaubs aufwenden muss, etwa Stornogebühren für eine bereits fest gebuchte Reise. *(bj)*

Betriebsferien – einfach festlegen?

Grundsätzlich gilt für Sie als Praxisinhaber: Ja! Sie können Betriebsferien festlegen. Da die meisten Praxen so etwas wie einen Betriebsrat nicht kennen, können die Praxisinhaber allein per so genanntes Direktionsrecht entscheiden, also so genannte Weisungen erteilen. Grundlage hierfür ist das Urteil des Bundesarbeitsgerichtes vom 12. Oktober 1961 (Aktenzeichen 5 AZR 423/60). Sie können als Arbeitgeber festlegen, wann die Praxis geschlossen wird und Sie können Ihre Mitarbeiter auch zwingen, zu dieser Zeit Urlaub zu nehmen.

Etwas schwieriger wird es, wenn Sie einen Betriebs- oder Personalrat haben. Dann müssen Sie diesen mit in Ihre Planung einbeziehen.

Betriebsferien haben Vor- und Nachteile sowohl für die Angestellten als auch für Sie als Unternehmer. Macht eh die ganze Welt Urlaub, ist es oft einfacher und billiger, die Praxis komplett zu schließen. Das gilt besonders, wenn die örtliche hauptzuweisende Arztpraxis ebenfalls während dieser Zeit geschlossen ist. Häufig werden auch Brückentage, zum Beispiel der Tag nach Christi Himmelfahrt oder die Tage zwischen Weihnachten und Neujahr, als Betriebsferien deklariert. Überlegen Sie sich gut, wie Sie diese Betriebsferien Ihren Mitarbeitern verkaufen. Ein simples Anordnen demotiviert. Sinnvoller ist es, wenn Sie Ihren Mitarbeitern die Beweggründe erläutern.

Sie können sogar mehrfach im Jahr Betriebsurlaub anordnen – arbeitsrechtlich spielt dies keine wesentliche Rolle. Denn dadurch, dass Sie bei Urlaubswünschen nur eine vorbehaltliche Genehmigung erteilen, schränken Sie die Freiheit Ihrer Mitarbeiter, die Urlaubszeit selbst zu gestalten, bereits ein - und das ist rechtlich kein Problem. *(bu)*

Urlaubsplanung für die Praxis: Teil 2

Die richtige Urlaubsvertretung finden

Bleibt die Anzahl der zu versorgenden Patienten auch während der Urlaubszeit konstant, müssen Praxisinhaber für eine dauerhafte Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sorgen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, eine geeignete Vertretung für die Praxis zu finden. Genauso wichtig ist aber auch die richtige Patientenkommunikation über einen Therapeutenwechsel. Mit diesen Tipps gelingt es Praxisinhabern ohne großen Aufwand, die Nachfrage nach Therapie jederzeit auf professionell höchstem Niveau zu bedienen.

Wer kann die Patienten weiterbehandeln?

Die unkomplizierteste Form der Vertretung ist die Verteilung der Patienten im eigenen Team. Dazu wird geprüft, welche Patienten in der Urlaubszeit in eine Therapiepause geschickt und welche auf die verbleibenden Kollegen verteilt werden können. Achten Sie darauf, dass die übernehmenden Kollegen auch über die notwendige Qualifikation für die Therapie verfügen.

Reichen die Kapazitäten der eigenen festen Mitarbeiter nicht aus, können die Spitzenzeiten mit freien Mitarbeitern abgefangen werden. Das ist zwar etwas teurer als der Einsatz von Festangestellten, aber dafür fällt der Umsatz nicht ganz weg und die Patienten sind versorgt. Praxisinhaber sollten darauf achten, dass die freien Mitarbeiter schon vor dem eigentlichen Einsatz einmal die Praxis, deren standardisierten Abläufe und die Kollegen kennenlernen.

Die dritte Möglichkeit ist der Austausch von Therapeuten aus befreundeten Praxen. Dabei kommen Kollegen aus Praxen anderer Stadtteile oder Orte zum Einsatz. Die Kollegen arbeiten ganz normal im Rahmen ihrer Anstellung bei ihrem eigentlichen Arbeitgeber stundenweise in der Vertretungspraxis. Die befreundete Praxis schreibt im Anschluss der Vertretungspraxis eine Rechnung, entsprechend der vereinbarten Bedingungen. Diese Methode bietet den Vorteil, dass die eingesetzten Therapeuten auch während des Einsatzes in der Vertretungspraxis weisungsgebunden sind und somit einfacher zu führen sind als freie Mitarbeiter. Wenn die Standardabläufe in Anmeldung, Therapie und insbesondere Therapiedokumentation der beiden Praxen synchronisiert sind, braucht sich der Gasttherapeut nicht einmal lange einzuarbeiten.

Therapeutenwechsel kommunizieren

Praxisinhaber müssen sich nicht nur um eine adäquate Vertretung kümmern, sondern auch den Patienten auf diese vorbereiten. Durch ein gutes Erwartungsmanagement kann man bei den Patienten für gleichbleibend hohe Zufriedenheit sorgen. Oft erfolgt zu Beginn einer Behandlungsserie der Hinweis, dass es im Laufe der Behandlung vorkommen kann, dass ein anderer Therapeut eine Behandlungseinheit übernimmt. Es werde aber alles in der Praxis dafür getan, dass genau das nicht passiert. Muss dann tatsächlich einmal ein Kollege einspringen, so stellt sich bei dem Patienten das negative Gefühl ein, ausgerechnet bei ihm passiere ein Therapeutenwechsel. Was bereits befürchtet wurde, tritt also ein. Diese negative Erwartungshaltung kann man in eine positive umwandeln. Erklären Sie dem Patienten bei Behandlungsbeginn, dass aus Qualitätssicherungsgründen in jedem Behandlungsfall zwei verschiedene Therapeuten eingesetzt werden. Kommt es dann tatsächlich zu einem Therapeutenwechsel, ist der Patient darauf vorbereitet und freut sich über die Qualitätssicherungsmaßnahme der Praxis. Bleibt es bei einem Therapeuten in einem Behandlungsfall und der Patient fragt nach dem weiteren Therapeuten, dann entschuldigt man sich mit dem Hinweis, dass es diesmal leider nicht geklappt hat.

Therapiedokumentation wichtig

Patienten reagieren zuweilen genervt, wenn sie nicht immer bei „ihrem“ Therapeuten bleiben. Und das mit gutem Grund. Häufig ist der Patient nämlich gefordert, dem neuen Therapeuten noch einmal ganz von vorne zu erzählen, was denn mit ihm los und warum er in der Therapie ist. Auch die anschließende Behandlung scheint in den Augen des Patienten überhaupt nichts mit dem zu tun zu haben, was bisher geschehen ist. Das muss nicht sein. Eine stringente und standardisierte Dokumentation sorgt dafür, dass jeder behandelnde Therapeut schnell den aktuellen Befund erfasst, die Ziele des Patienten und des Kollegen kennt, über den bisherigen Verlauf informiert ist und ziemlich genau weiß, was die nächsten Schritte in der geplanten Behandlung sind. So hat der Patient durchgehend den Eindruck, dass er mit seinen Zielen stets im Mittelpunkt der Behandlung steht – egal bei welchem Therapeuten. *(bj)*

Service: Kunden können kostenlos eine Exeltabelle zur automatischen Berechnung der Urlaubsplanung bei der Hotline unter 0800-9477360 anfordern.

TIPP

So stellen Sie den Praxisablauf auch in der Urlaubszeit sicher

Um den Praxisablauf während der Urlaubszeit optimal zu gewährleisten, können Praxischefs neue Kollegen als geringfügig Beschäftigte anstellen.

Nicht nur Patienten fahren in die große Sommerpause, sondern auch der ein oder andere Praxischef gönnt sich seine wohlverdiente Auszeit. Ein neuer Mitarbeiter wäre eine Möglichkeit, um die optimale Versorgung der Patienten auch in dieser Zeit zu gewährleisten. Wir haben für Sie einen Musterarbeitsvertrag für geringfügig Beschäftigte mit Erläuterungen vorbereitet, der Ihnen und Ihren Mitarbeitern Rechtssicherheit gibt. So starten Sie beruhigt in den Urlaub und können die freie Zeit richtig genießen.

> SERVICE

Den Musterarbeitsvertrag können ***up-premium plus***-Kunden kostenlos bei der Hotline unter 0800-9477360 als Datei anfordern.

Teilzeitkräfte

So errechnen Sie den Urlaubsanspruch

Teilzeitarbeit ist in therapeutischen Praxen üblich. Häufig stellt sich jedoch die Frage nach dem jeweiligen Urlaubsanspruch. Teilzeitkräfte haben anteilig den gleichen Anspruch wie Vollzeitkräfte.

Grundsätzlich gilt bei der Berechnung des Urlaubsanspruchs einer Teilzeitkraft die einfache Formel:

Urlaub der Teilzeitkraft = Urlaub der Vollzeitkraft x Arbeitstage der Teilzeitkraft ÷ Arbeitstage der Vollzeitkraft.

Die Anzahl der Urlaubstage hängt also maßgeblich von der Anzahl der Arbeitstage pro Woche ab. Arbeitet eine Vollzeitkraft beispielsweise fünf Tage die Woche und hat einen Urlaubsanspruch von 25 Arbeitstagen im Jahr, so bedeutet dies für einen an fünf Tagen die Woche jeweils vier Stunden tätigen Mitarbeiter einen Urlaubsanspruch von 25 vierstündigen Arbeitstagen im Jahr.

Unregelmäßige Arbeitszeiten

Würde der gleiche Mitarbeiter an zwei Tagen die Woche jeweils acht Stunden arbeiten, ergäbe sich ein Anspruch auf zehn Urlaubstage im Jahr (Berechnung: 25 Tage Urlaub Vollzeitkraft x 2 Arbeitstage der Teilzeitkraft ÷ 5 Arbeitstage der Vollzeitkraft).

Arbeitet der Mitarbeiter unregelmäßig, gestaltet sich die Berechnung des Urlaubsanspruchs etwas komplizierter: In diesem Fall wird für die Ermittlung der Zeitraum als Grundlage gewählt, in dem er die regelmäßige Arbeitszeit erreicht. Arbeitet er beispielsweise im Wechsel in einer Woche zwei Tage und in der anderen drei Tage, ergibt dies in zwei Wochen fünf Tage. Die Vollzeitkraft würde im selben Zeitraum zehn Tage arbeiten, so dass der Urlaubsanspruch 12,5 Tage beträgt.

Regelmäßige Arbeitszeiten

Ist die Arbeitszeit ungleichmäßig auf die verschiedenen Wochentage verteilt, sollte der Urlaubsanspruch sowohl in Tagen als auch in Stunden berechnet werden. Arbeitet die Teilzeitkraft beispielsweise dienstags jeweils vier Stunden und donnerstags jeweils sieben Stunden, ergibt sich hieraus ein Urlaubsanspruch von zehn Arbeitstagen im Jahr. Dies entspräche hier 55 Arbeitsstunden (5 Urlaubstage x 4 Stunden + 5 Urlaubstage x 7 Stunden). Ohne ein Herunterbrechen auf die Arbeitsstunden könnte die Teilzeitkraft ihren Urlaub sonst regelmäßig donnerstags nehmen. *(bu)*

Erholungsbeihilfe

So sparen Sie Steuern beim Urlaubsgeld

Praxisinhaber können ihren Mitarbeitern statt Urlaubsgeld Erholungsbeihilfe zahlen. Unter Erholungsbeihilfe versteht man Zuschüsse des Arbeitgebers in Form von Bar- oder Sachbezügen zu den Erholungskosten eines Arbeitnehmers. Diese wird zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbracht.

Die Erholungsbeihilfe besteht aus drei Säulen, die der Arbeitgeber zahlen kann. Die Zuzahlung beträgt bei: Alleinstehender Arbeitnehmer 156,00 € je Kalenderjahr, verheirateter Arbeitnehmer 260,00 € je Kalenderjahr und pro Kind je Arbeitnehmer 52,00 € je Kalenderjahr. Das bedeutet, dass ein alleinstehender Arbeitnehmer mit einem Kind 208,00 € im Kalenderjahr als Urlaubszuschuss erhalten könnte, während ein Ehepaar mit zwei Kindern auf einen Betrag von 364,00 € pro Jahr käme.

Kostengünstige Variante

Der Maximalbetrag von 364,00 € wäre damit ein sogenanntes abgabefreies Urlaubsgeld, welches netto zu gewähren ist. Der Kinderbetrag wird mindestens bis zum 17. Lebensjahr des Kindes gezahlt und solange der Kindergeldanspruch besteht. Anschließend werden die Kinder aus der Berechnung herausgenommen.

Für den Praxisinhaber ist die Zahlung der Erholungsbeihilfe kostengünstiger als die Zahlung des regulären Urlaubsgeldes, denn außer einer geringfügigen Lohnsteuersumme muss er nichts weiter abführen. Die Erholungsbeihilfe ist eine freiwillige Zahlung des Arbeitgebers, mit der er entweder allen Mitarbeitern einen Zusatzverdienst zukommen lassen kann oder nur ausgewählten Mitarbeitern als besonderes Dankeschön. *(bu)*

Checkliste

Sommerferien rechtzeitig vorbereiten!

So wie für manche Menschen Weihnachten vollkommen überraschend am 24. Dezember beginnt, so unerwartet fangen die Sommerferien in mancher Praxis an. Dabei lassen sich einige Punkte wie z. B. Fristenprobleme, Sommerlöcher oder kurzfristige Absagen wg. Sonnenschein oder Fußball mit ein wenig Vorbereitung deutlich reduzieren. Wir haben Ihnen dafür eine Sommerferien Checkliste vorbereitet.

1. Fristenprobleme vermeiden

- Hinweisschild auf Fristen der GKV aushängen: Max. Behandlungsintervall 14 Kalendertage!
- Therapeuten begründen Behandlungsintervalle ausdrücklich medizinisch
- Therapeuten erfragen aktiv Urlaubszeiten der Patienten und aktualisieren die Terminplanung
- Ausnahmeregelungen bei Fristüberschreitungen klären. Dazu Rahmenverträge lesen:
  - Je Kassenart (RVO, vdek, sonstige) Achtung: Unterschiede je Kassenart!
  - Kürzel für Ausnahmeregelung identifizieren (siehe up-Abrechnungstipp 5/2012)
  - Evtl. maximale Überschreitungsdauer klären
  - Evtl. Anzahl möglicher Überschreitungen klären

2. Ausfälle kreativ vermeiden

- Mit den Therapeuten „Sommer-Flexibilität“ vereinbaren: Flexible Anfangs- und Endzeiten mindestens während der Sommerferien
- Ausfallgebühren klar und deutlich kommunizieren: Gilt auch an Sommertagen!
- Es gibt kein Hitzefrei bei der Heilmitteltherapie
- Aber bei Temperaturen über XX Grad Celsius gibt es für alle Patienten ein kleines Eis bei pünktlichem Erscheinen!
- Eiswasser bereitstellen etc.

3. Sommerloch vermeiden

- Spezielle Sommer-Kursangebote vorbereiten: Innerhalb der Sommerferien können Patienten einen bestimmten Kurs vollständig absolvieren, z.B.:
  - Hippotherapie-Wochen (PT, ET)
  - Sing-Wochen (Logo)
  - Sprechpause (Logo)
- Kooperationspartner suchen: Golfplätze, Sportvereine, Schwimmbäder, Reitverein, Jugendamt (Ferienpassaktion), Tierheime, Hotels, Tourist-Information etc.
- Intensive-Therapie-Wochen
- Kaufbereitschaft der Daheimgebliebenen nutzen:
  - Wer in den Ferien zuhause bleibt, gönnt sich dafür was
  - In den Ferien hat auch die Krankenkasse Pause – Patienten sind eher bereit selbst zu zahlen

4. Urlaube abstimmen

- Ferientermine der zuweisenden Ärzte erfragen
- Einfluss auf die Nachfrage nach Therapie abschätzen
- Eigenen Mitarbeiterstamm auf die Urlaubsplanung der Ärzte abstimmen
- Loslassen üben: Sommerferien sind perfekt dazu geeignet, die Praxis vollständig in die Verantwortung der Mitarbeiter zu übergeben.

Kriterienkatalog nur schwer zu erfüllen

Ärztenetze – kaum Chancen für Therapeuten

Das Versorgungsstrukturgesetz vom Januar 2012 hat erstmals die Ärztenetze im SGB V verankert – und zwar im Paragrafen 87 b, Absatz 2 und 4 SGB V. Am 1. April 2013 legte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Kriterienkatalog für Ärztenetze vor. Er soll den Landes-KVen verlässliche Kriterien an die Hand geben, Ärztenetze als solche anzuerkennen. Die so bestätigten Netze können dann finanziert werden – eine Chance für therapeutische Praxen? Leider nein, bisher nicht.

An therapeutischen Praxen geht die Entwicklung der Ärztenetze mehr oder weniger vorbei – aus drei Gründen:

1. Kaum eines der Ärztenetze in Deutschland hat therapeutische Praxen vertraglich eingebunden. Wenn überhaupt gibt es – meistens lockere – Absprachen.
2. Selbst wenn ein Netz etwa Physiotherapeuten eingebunden hätte, könnte kaum eines von ihnen die strengen KBV-Kriterien erfüllen und wird deshalb auch kein frisches Geld erhalten.
3. Selbst wenn ein Netz die KBV-Kriterien erfüllen kann, fließt noch nicht automatisch Geld. Denn die Krankenkassen halten ihr Portemonnaie verschlossen. Bisher hat deutschlandweit nur die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen die Ärztenetze finanziell unterstützt.

Die KBV hat in ihren Richtlinien anspruchvolle Hürden errichtet – übrigens mit Unterstützung der Agentur deutscher Ärztenetze. Nun sollen die Landes-KVen die Kriterien auf ihre Ebene herunter brechen. So müssen es förderungswürdige Netze wenigstens auf 20 Praxen von Hausärzten und zwei weiteren Fachärzten sowie eines Kooperationspartners bringen – etwa eines Physiotherapeuten. Außerdem muss zum Beispiel das Versorgungsgebiet des Netzes zusammenhängend sein. Die Kriterien schreiben zudem unter anderem einen Katalog der möglichen Organisationsformen vor, die personelle Ausstattung der Geschäftsstelle oder beschleunigte Diagnose- und Therapieprozesse.

Mit dem Kriterienkatalog dürfte die KBV auch verhindern wollen, dass es den Netzen ergeht wie der integrierten Versorgung (IV). Viele IV-Projekte sind nach Ablauf der offiziellen Förderung versickert. Das soll nach dem Willen der KBV den Netzen nicht passieren. Sie sollen dauerhaft besonders in unterversorgten Gebieten passend zugeschnittene Versorgungskonzepte anbieten, eine schlankere, weil fachübergreifende Patientenversorgung, mehr Kooperation unter den Ärzten (auch anderen Gesundheitsberufen) initiieren und auch noch billiger sein als die Regelversorgung alten Typs. „Die Netze sollen zeigen, wie man mit den lokalen Unterschieden optimal umgehen kann“, sagt Dr. Veit Wambach von der Agentur Deutscher Netzärzte und Mitinitiator des Ärztenetzes „Qualität und Effizienz (QUE). Er verteidigt die hohen KBV-Ansprüche: „Studien haben gezeigt, dass nur die Netze mit einer starken Binnenstruktur erfolgreich sind.“

Keine therapeutischen Praxen

Trotz der wohl starken ‚Binnenstruktur‘ von QUE findet sich in dem fränkischen Ärztenetz keine therapeutische Praxis, bestätigt auch Merle Ulbrich von der Geschäftsstelle des QUE-Ärztenetzes. „Wir haben zum Beispiel auch keine Physiotherapeuten als Genossenschaftsmitglieder“, so Ulbrich, „es gibt deshalb keine Verträge, höchstens Kooperationen über individuelle Absprachen.“

Stichprobenprüfungen bei anderen Netzen ergaben dasselbe Bild. Einen leichten Nutzen hat der Kontakt für Physiotherapeutische Praxen zum Ärztenetz indessen durchaus. „Der Kontakt steigert den Bekanntheitsgrad“, sagt die Chefin einer Physiotherapiepraxis in Harburg, die nicht genannt werden möchte, zu „up“, „aber ob ich durch die lockere Anbindung mehr Patienten habe, das weiß ich nicht einmal.“

Als eines der offenbar sehr wenigen Netze hat das wohl größte unter ihnen, das „Gesunde Kinzigtal“, acht Physiotherapiepraxen als „nichtärztliche Leistungserbringer vertraglich eingebunden“, erklärt Saskia Hynek, Sprecherin des Netzes. Aber die neuen KBV-Vorgaben dürfte für das „Gesunde Kinzigtal“ noch nichts abwerfen. Offenbar sind die Kriterien noch nicht nach Baden-Württemberg vorgedrungen.

Zu hohe Hürden

Ein zweites Problem der Netzpolitik der KBV liegt darin, dass derzeit kaum ein Netz die ehrgeizigen Kriterien erfüllen kann, selbst wenn die Landes KVen die Berliner Vorgaben schon auf der Landesebene verarbeitet hätten. „Man kommt höchstens auf vielleicht 50 wirklich funktionierende Netze in Deutschland. Nur sie hätten wohl eine Chance, die KBV-Kriterien zu erfüllen“, so ein Sprecher Agentur Deutscher Ärztenetze. Da diese Kandidaten eben rar gesät sind, dürften auch für Therapeuten nur wenige Chancen bestehen, sich in die Verträge einzubringen.

Volle Kassen, leere Versprechungen

„Wenn wir zahlen sollen, dann müssen Kassenkriterien im Vordergrund stehen“, kommentierte Jörg Reytarowski, Bereichsleiter Ärzte bei der AOK Niedersachsen, den KBV-Kriterienkatalog. Sprich, es gibt von den Krankenkassen zunächst kein Geld für die Netze. Selbst dann nicht, wenn sie die Kriterien erfüllen.

„Geld von den Krankenkassen wird auf Dauer nicht im Interesse der KVen liegen“, argumentiert AOK-Mann Reytarowski, „denn als logische Konsequenz gäbe es über kurz oder lang für ein Netz ein eigenes Budget.“ Die KVen müssten also Honorarabflüsse hinnehmen, meint Reytarowski. Allerdings dienen sich die Landes-KVen den potentiellen Netzärzten längst als Verhandlungsführer mit den Kassen und als Abrechnungsstelle an. So flösse das Netzgeld auch weiter über die Konten der KVen. Gleiches funktioniert ja auch schon bei manchen Hausarztverträgen. Ein eigenes Budget für die Netze dürfte die KVen nicht schrecken. Wie dem auch sei, die Kassen wollen nicht zahlen.

Bleiben die KVen. Auch sie könnten den anerkannten Netzen zu Geld verhelfen. So heißt es in Paragraf 87b, Absatz 2, SGB V zum Thema Netzfinanzierung. „Dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen“ vorgesehen werden. Das wird allerdings schwierig. Aber auch hier sind die Versprechungen größer als die Zahlungsbereitschaft. In Niedersachsen zum Beispiel hat die Vertreterversammlung kürzlich gegen ein eigenes Honorarvolumen und für eine Geldspritze von einer Millionen Euro aus dem Sicherstellungsfonds für die Netze gestimmt. Das Geld würde indessen keiner Physiotherapiepraxis dienen. Es soll vor allem die Verwaltungen der Netze unterstützen. *(ben)*

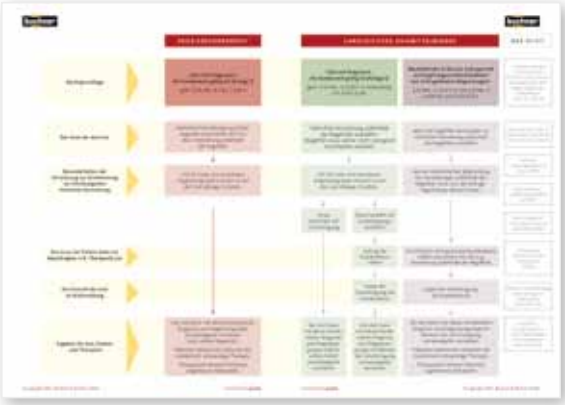
3 Wege – 2 Grafiken

Extrabudgetäre Heilmittel-verordnung – so geht's

Die Regelungen zum Thema „Extrabudgetäre Heilmittelverordnungen" sind sehr komplex. Doch es lohnt sich, das komplizierte Regelwerk sicher zu beherrschen. Denn so unterstützen Sie Ihre Ärzte bei der Regressprophylaxe und helfen Ihren Patienten, weiterhin langfristig mit Heilmitteln versorgt zu werden. Anhand eines Behandlungsfalls haben wir für Sie die unterschiedlichen Möglichkeiten der extrabudgetären Heilmittelverordnung zusammengestellt und in zwei Informations-Grafiken veranschaulicht.

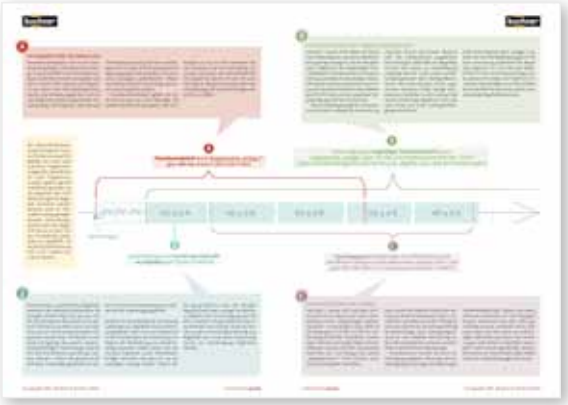
1 Die erste Info-Grafik „Ablauf" auf Seite 14/15 zeigt den konkreten Ablauf, der zu beachten ist, wenn man eine extrabudgetäre Verordnung auslösen will. Die drei Wege (Praxisbesonderheit, langfristiger Heilmittelbedarf ohne und mit Antrag) werden nebeneinander dargestellt und der Verordnungsablauf genau beschrieben. Außerdem finden Sie hier alle Hilfsmittel, die die Heilmittel- und Arztpraxis dabei unterstützen, extrabudgetäre Verordnungen umzusetzen. Anhand dieser Checkliste können die Abläufe der konkreten Verordnung zum Beispiel mit dem verordnenden Arzt gut geklärt werden.

2 Die zweite Info-Grafik „Behandlungsfall" auf Seite 16/17 zeigt chronologisch anhand eines konkreten Behandlungsfalls die verschiedenen Möglichkeiten, extrabudgetär zu verordnen. Aus dieser kann man zum Beispiel gut erkennen, wie lange eine extrabudgetäre Verordnung im konkreten Fall möglich ist, ab welchem Zeitpunkt in einem laufenden Behandlungsfall der Status „extrabudgetär" greift und welche Unterschiede zwischen den einzelnen Verfahren bestehen. Hier werden auch noch einmal die rechtlichen Hintergründe der einzelnen Verfahren als Text erläutert. Anhand dieser Info-Grafik können Sie Ärzten den Behandlungsfall erläutern und die Zusammenhänge der verschiedenen Verfahren darstellen. *(bu)*



1

2



HINTERGRUND

Antrag abgelehnt? So legt man Widerspruch ein!

Die Ablehnung eines Antrags auf Genehmigung nach § 8 Abs. 4 oder Abs. 5 ist kein Grund für Frust. Denn Patienten haben das Recht auf ein Widerspruchsverfahren. Darauf muss der Ablehnungsbescheid der Krankenkasse ausdrücklich hinweisen. Außerdem muss die Ablehnung schriftlich erfolgen und begründet werden. Gegen diese Ablehnung legt man umgehend Widerspruch ein und widerlegt dabei die Ablehnungsbegründung. Mehr als die Hälfte solcher Widersprüche sind aktuell erfolgreich!

§ 8 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie

„Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. Sie informiert hierüber die Kassenärztliche Vereinigung."

Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie

„Auf Antrag der oder des Versicherten entscheidet die Krankenkasse darüber, ob der oder dem Versicherten wegen der sich aus der ärztlichen Begründung ergebenden besonderen Schwere und Langfristigkeit ihrer oder seiner funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des nachvollziehbaren Therapiebedarfs die insoweit verordnungsfähigen Leistungen in dem insoweit verordnungsfähigen Umfang langfristig genehmigt werden können. Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen."

 Fortsetzung Seite 13

	PRAXISBESONDERHEIT
Rechtsgrundlage	**Liste mit Diagnosen, die bundesweit gültig ist (Anlage 1)** gem. § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V
Das muss der Arzt tun	Heilmittel-Verordnung ausstellen, Regelfall ausschöpfen (EV, FV) dann Verordnung außerhalb des Regelfalls
Besonderheiten der Verordnung zur Anerkennung als Extrabudgetäre Heilmittel-Verordnung	ICD-10-Code und verordnete Diagnosengruppe müssen so auf der Liste (Anlage 1) stehen
Das muss der Patient (oder ein Beauftragter, z. B. Therapeut) tun	
Das braucht der Arzt als Rückmeldung	
Ergebnis für Arzt, Patient und Therapeut	Der Arzt kann mit dieser Kombination Diagnose und Diagnosengruppe extrabudgetär verordnen (evtl. zeitlich begrenzt). Patienten bekommen einfacher die medizinisch notwendige Therapie. Therapeuten können Patienten angemessen behandeln

LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF

Liste mit Diagnosen, die bundesweit gültig ist (Anlage 2)

gem. § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 106 SGAB

Merkblatt des G-BA zum Antragsrecht auf langfristigen Heilmittelbedarf von nicht gelisteten Diagnosen

gem. § 32 Abs. 1a SGB V i.V. mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL und § 106 SGB V

Heilmittel-Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen (Regelfall muss vorher nicht zwingend durchlaufen werden)

Wenn der Regelfall durchlaufen ist: Heilmittel-Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen

ICD-10-Code und verordnete Diagnosengruppe müssen so auf der Liste (Anlage 2) stehen

Aus der medizinischen Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls muss sich die Antragsbegründung ablesen lassen

Kasse verzichtet auf Genehmigung

Kasse besteht auf Genehmigungsverfahren

Antrag bei Krankenkasse stellen

Schriftlichen Antrag bei der Krankenkasse stellen zusammen mit der o. g. Verordnung außerhalb des Regelfalls

Kopie der Genehmigung der Krankenkasse

Kopie der Genehmigung der Krankenkasse

Der Arzt kann mit dieser Kombination Diagnose und Diagnosengruppe zeitlich unbeschränkt extrabudgetär verordnen

Der Arzt kann mit dieser Kombination Diagnose und Diagnosengruppe im Rahmen der Genehmigung extrabudgetär verordnen

Der Arzt kann mit dieser Kombination Diagnose und Diagnosengruppe im Rahmen der Genehmigung extrabudgetär verordnen.

Patienten bekommen einfacher die medizinisch notwendige Therapie.

Therapeuten können Patienten angemessen behandeln

DAS HILFT:

- Heilmittel-Katalog mit integrierten ICD-10-Codes zu Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf (Best.-Nr. 763-20)
- Merkblatt des G-BA zu langfristigem Heilmittelbedarf (www.g-ba.de)
- Haftnotiz Extrabudgetäre VO (Best. 01704)
- Begutachtungsanleitung Heilmittel des MDS
- Word-Vorlage für schriftlichen Antrag (BC10100/PG04)
- Vertretungsvollmacht für den Therapeuten (01422)
- Optional bei Ablehnung: Word-Vorlage für Widerspruch (BC10125/PG05)
- Broschüre: So beantragt man einen langfristigen Heilmittelbedarf (Best-Nr. 01423)

 Fortsetzung Seite 13

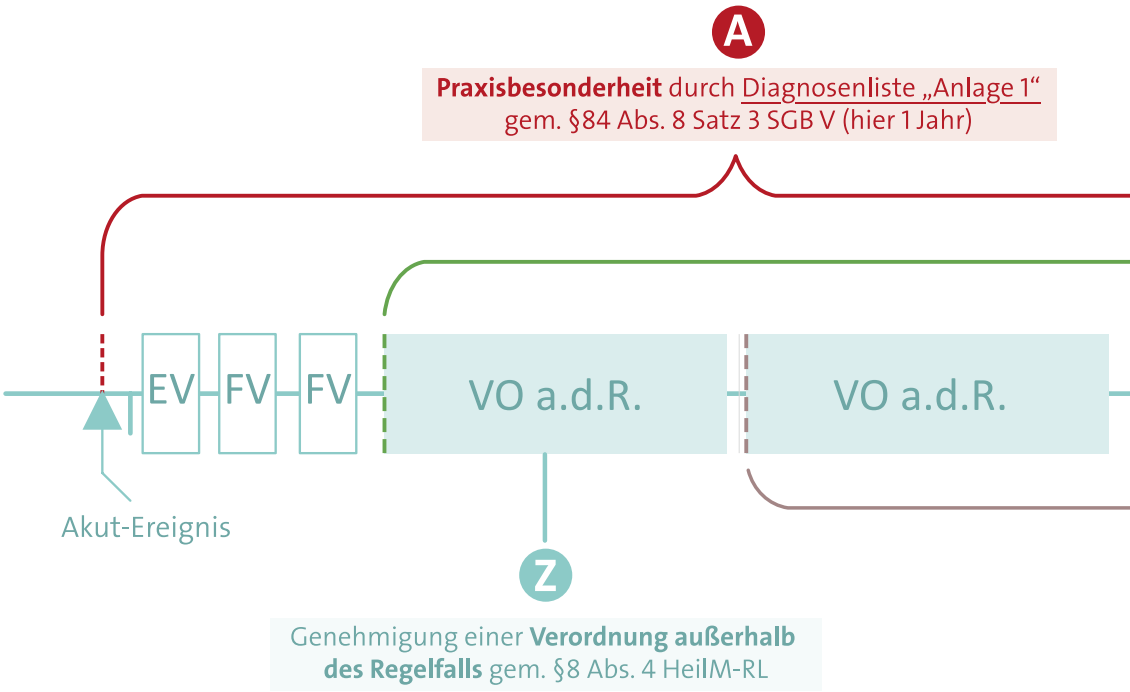
A

EXTRABUDGETÄR AUTOMATISCH

Praxisbesonderheiten sind in einer bundesweit gültigen Indikationsliste (Anlage 1) zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart worden und gelten seit dem 1. Januar 2013. Liegt für eine Diagnose aus dieser Liste Heilmittelbedarf vor, werden die Verordnungskosten nicht in das Budget des Arztes eingerechnet. Voraussetzung: die Diagnose wird auf der Heilmittelverordnung mit dem endstelligen ICD-10-Code und der passenden Diagnosengruppe dokumentiert. Das passiert sozusagen „automatisch“. Weder ein Antrag noch eine Genehmigung müssen dazu eingeholt werden.

Praxisbesonderheiten gelten ab der Erstverordnung. Sie sind allerdings oft zeitlich beschränkt und gelten also zum Beispiel nur für ein Jahr. Innerhalb dieses Zeitraums kann der Arzt jedoch verordnen, was durch die Heilmittel-Richtlinie erlaubt ist, also EV, FV und VO a.d.R. Wichtig ist, die ganz normalen formalen Anforderungen an die Verordnungen weiterhin zu erfüllen.

Ein Heilmittel-Behandlungsfall beginnt mit einer Erstverordnung (EV), gefolgt von einer oder mehreren Folgeverordnungen (FV). Sowohl Erst- als auch Folgeverordnungen gelten gemäß Heilmittel-Richtlinie als der Regelfall. Wie viele Behandlungen im Regelfall verordnet werden können, wird im Heilmittel-Katalog geregelt. Besteht Behandlungsbedarf über den Regelfall hinaus, so kann mit der Verordnung außerhalb des Regelfalls die Heilmittelbehandlung (VO a.d.R.) weiter verordnet werden.



Z

Verordnungen außerhalb des Regelfalls werden in der Heilmittel-Richtlinie in § 8 geregelt. Absatz 1 legt fest, dass der Arzt die Verordnung für eine Dauer von maximal 12 Wochen ausstellen kann und dass diese Art der Verordnung besonders begründet werden muss. Im Absatz 4 wird zudem festgelegt, dass solche „begründungspflichtigen“ Verordnungen jeweils von der Krankenkasse genehmigt werden müssen – sofern die Kassen nicht auf diese Genehmigungspflicht verzichten. Die meisten Krankenkassen verzichten auf die Genehmigungspflicht.

Besteht für die betreffende Verordnung außerhalb des Regelfalls eine Genehmigungspflicht, dann muss der Patient bei seiner Krankenkasse die Verordnung vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung einreichen. Dabei lassen sich die meisten Patienten durch Heilmittelerbringer vertreten, die dann für sie die jeweiligen Anträge stellen. Sobald der Antrag gestellt ist, kann die Therapie beginnen und zwar so lange, bis die Kasse ablehnt. Eine Genehmigung nach § 8 Abs. 4 bezieht sich grundsätzlich auf eine konkrete Verordnung. Stellt der Arzt eine weitere Verordnung außerhalb des Regelfalls aus, muss diese Verordnung erneut zur Genehmigung eingereicht werden.

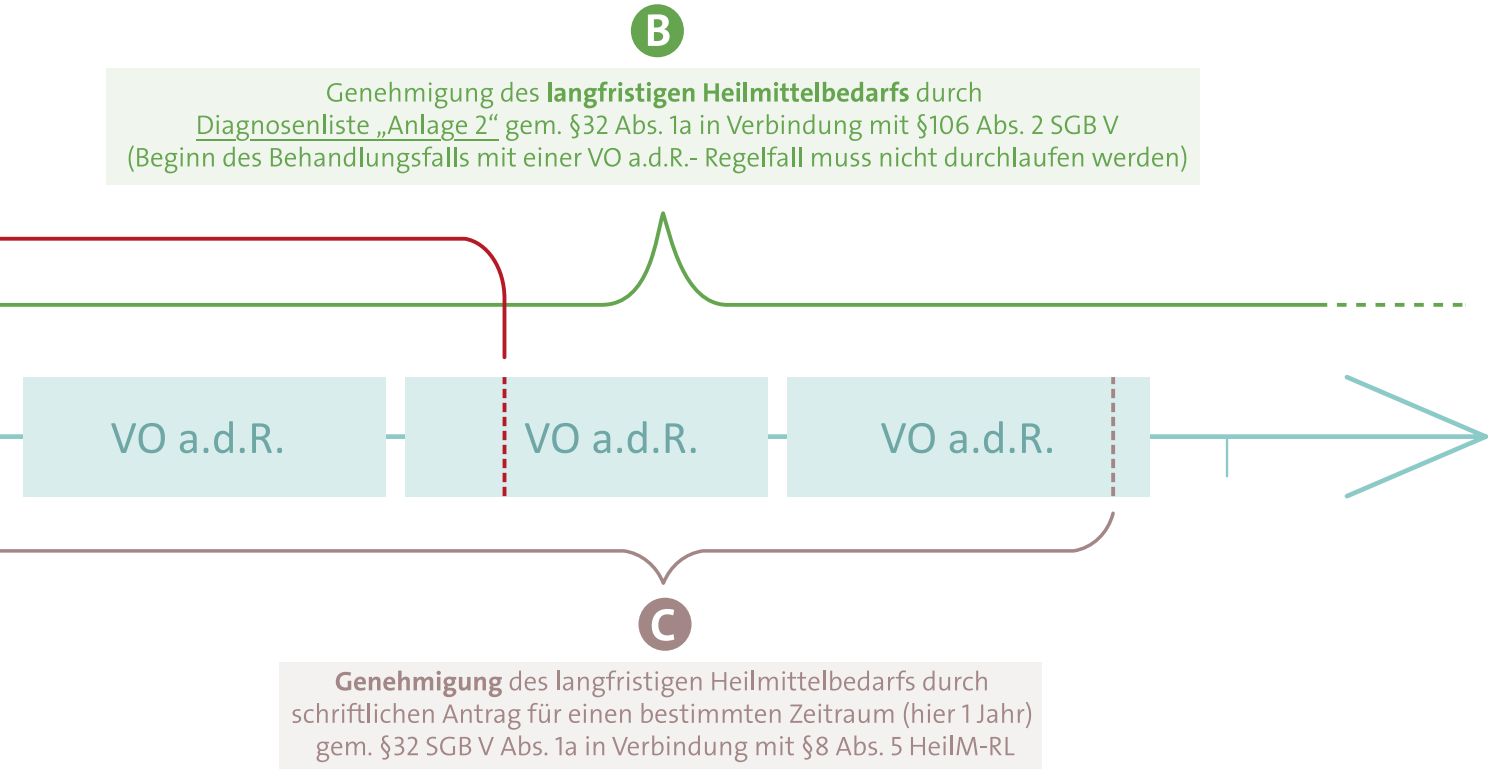
B

EXTRABUDGETÄR (FAST IMMER) AUTOMATISCH

Seit dem 1. Januar 2013 haben sich Ärzte und Krankenkassen auf eine Indikationsliste geeinigt (Anlage 2), die für alle gelisteten Diagnosen den langfristigen Heilmittelbedarf (meistens) ohne besonderen Antrag „automatisch" genehmigt. Voraussetzung für diese automatische Genehmigung ist die Dokumentation des endstelligen ICD-10-Codes und der passenden Diagnosengruppe auf der Verordnung.

Diese Genehmigung gilt bis auf weiteres (zumindest solange die Vereinbarung zwischen Ärzten und Kassen Bestand hat). Die entsprechend ausgefüllten Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen also weder zur Genehmigung vorgelegt werden, noch werden die Behandlungskosten dem Richtgrößenvolumen des verordnenden Arztes zugerechnet. (Hinweis: Einige wenige Krankenkassen bestehen auch in diesem Fall auf der Genehmigungspflicht, eine Liste dazu findet sich unter www.genehmigungsverzicht.de).

Liegt eine Diagnose gem. Anlage 2 vor, kann der Arzt die Behandlung gleich mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen. Er muss also den Regelfall (EV, FV etc.) nicht berücksichtigen. Alle anderen Formalien der HeilM-RL hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität der Heilmittel-Verordnung müssen aber unbedingt eingehalten werden.



C

EXTRABUDGETÄR AUF ANTRAG

Seit dem 1. Januar 2012 hat jeder GKV-Versicherte das Recht, bei seiner Krankenkasse einen „langfristigen Heilmittelbedarf" zu beantragen. Basis dafür ist die Regelung in § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL. Genehmigt die Kasse den langfristigen Heilmittelbedarf, werden die dann verordneten Heilmittel aus dem Budget des Arztes „ausgeklammert". Ärzte können dann also extrabudgetär verordnen.

Auch wenn der Patient formal den Antrag bei seiner Krankenkasse stellt, ist es meistens sinnvoller, wenn der Therapeut sich vom Patient für die Antragsstellung bevollmächtigen lässt. Antragsbegründend ist eine aktuelle Verordnung außerhalb des Regelfalls mit einer ausführlichen medizinischen Begründung.

Krankenkassen müssen bei einer Genehmigung angeben, wie lange die Genehmigung des Antrags auf langfristigen Heilmittelbedarf gilt. Dabei muss dieser Zeitraum mindestens ein Jahr betragen, längere Zeiträume sind aber schon genehmigt worden. Innerhalb dieses Zeitraums kann der Arzt weiter die notwendigen Heilmittel verordnen. Die Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen dann nicht einzeln genehmigt werden. Die Kosten der Heilmitteltherapie zählen nicht zum Heilmittelbudget des Arztes.

Abrechnungstipp

BG-Rezept/Rezepte der Unfallversicherung

Die Abrechnung mit der Berufsgenossenschaft unterliegt anderen Regelungen als die Abrechnung mit Krankenkassen. Die Rahmenbedingungen der Heilmittel-Richtlinie haben hier keine Gültigkeit. Das wirft neue Fragen und Unsicherheiten auf: Wann darf ich BG-Rezepte annehmen? Muss ich dafür extra zugelassen sein? An welche formalen Vorgaben muss ich mich bei der Behandlung von Patienten der Unfallversicherung halten? Die Grundregeln und Formalien klärt unser Abrechnungstipp.

§ GRUNDREGELN

- Die Behandlung darf nur von denjenigen Therapeuten durchgeführt werden, die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung erfüllen. Ein spezielles Zulassungsverfahren wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung muss der Praxisinhaber nicht durchlaufen.
- Mit der Annahme der Verordnung und der Durchführung der Behandlung bestätigt der Praxisinhaber, dass er die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt.
- Für Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden gilt: nur D-Ärzte, H-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger dürfen eine Heilmittelverordnung zu Lasten der Unfallversicherung ausstellen.
- Physiotherapie wird auf dem Vordruck (F 2400) „Verordnung von Leistung zur Krankengymnastik/Physikalische Therapie“ verordnet (Handlungsanleitung, Kapitel 1.2.).
- Für Leistungen der Ergotherapie steht das Formular F 2402 „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“ zur Verfügung. Mit der Übersendung des jeweiligen Verordnungsblattes genehmigt der zuständige gesetzliche Unfallversicherungsträger die jeweilige Therapie.
- Logopädie: „Verordnungen sonstiger Heilmittel (z.B. Logopädie) erfolgen auf dem üblichen Rezeptvordruck (Muster 16) [...] Bei der Verordnung sonstiger Heilmittel ist die alleinige Genehmigung des UVT ausreichend, da jeder Vertragsarzt über Rezeptvordrucke (Muster 16) verfügt.“
- Physiotherapie/Ergotherapie: Die verordnungsfähigen Leistungsziffern sind auf der Rückseite der Verordnung abgedruckt (Handlungsanleitung, Kapitel 1.2.).
- Logopädie: Es existiert keine separate Vereinbarung zwischen den Logopädieverbänden und den Berufsgenossenschaften.
  - Die Unfallversicherungsträger orientieren sich hier an der Vereinbarung zwischen vdek und den Verbänden. Das heißt, der verordnende Arzt trägt in der Logopädieverordnung den entsprechenden Unfallversicherungsträger als Leistungsträger ein.
  - Abgerechnet wird dann mit dem entsprechenden Unfallversicherungsträger zu den vereinbarten vdek-Sätzen und mit den entsprechenden Positionsnummern.
- Für alle BG-Verordnungen gilt: die Behandlung muss innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Der Therapeut erkennt diese Frist mit Annahme der Verordnung an.
- „Die in der Verordnung enthaltenen Vorgaben, insbesondere der Beginn der Behandlung, Zeitabstände, Dosierung und Dauer, sind einzuhalten. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung.“ Der Therapeut erkennt diese Rahmenbedingungen mit Annahme der Verordnung an.
- Der Patient bestätigt die erhaltenen Therapieleistungen per Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung (§ 5 Abs. 2 Vereinbarung zwischen BG und Physiotherapieverbänden).

BESONDERHEITEN

- Die Heilmittel-Richtlinie hat hier keine Gültigkeit.
- Physiotherapie/Ergotherapie: Die Behandlungszeiten der einzelnen Leistungen sind auf der Rückseite der Verordnung als Regel-Zeitintervalle vorgegeben. Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von zehn Minuten (vgl. Verordnungsformular).
- Bei Logopädie-Verordnungen gelten bezüglich Behandlungszeiten und Leistungserbringung die Vereinbarungen zwischen vdek und Berufsverbänden der Logopäden.
- „In so genannten „Dauerbehandlungsfällen“ (z.B. bei der Versorgung von Querschnittgelähmten, Schwer-Schädel-Hirnverletzten) kann der behandelnde Arzt (z.B. Hausarzt, Neurologe) ausnahmsweise Heilmittel weiter verordnen. In diesen Fällen erfolgt durch den behandelnden Arzt eine vorherige Absprache mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger.“
- „Kann die Behandlung aus Gründen, die in der Person des Unfallverletzten/Berufserkrankten liegen, nicht verordnungsgemäß ausgeführt werden, so ist hierüber unverzüglich der verordnende Arzt zu unterrichten und ggfs. der Patient anzuhalten, sich beim Arzt vorzustellen.“

- Es müssen keine Zuzahlungen bei Patienten der Berufsgenossenschaften eingezogen werden.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Eine gute Terminplanung ist bei BG-Rezepten das „A und O“:
  - Die Angaben zu den einzelnen Behandlungszeiten sind auf den Verordnungsformularen abzulesen. Stellen Sie sich darauf ein, dass Patienten diese auch lesen und eventuell ziemlich genau auf die Uhr bei der Behandlung gucken.
  - Um unnötigen Diskussionen vorzubeugen, planen Sie bereits bei der Terminvergabe die, unter Umständen von ihren in der Praxis üblichen Zeittakten, abweichenden Behandlungszeiten ein. So kommt es später nicht zu Terminüberschneidungen oder Planungsengpässen. Berechnen Sie also im Vorfeld den Zeitaufwand und planen ihn dementsprechend ein.
  - Gestalten Sie bereits die Terminvergabe so, dass nur Therapeuten den Patienten behandeln, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
- Vor Entgegennahme der Verordnung diese auf Formalien prüfen:
  - Erfüllen wir die Zulassungsvoraussetzungen?
  - Hat ein zugelassener Arzt die Verordnung ausgestellt und unterschrieben?
  - Kann die Behandlung unverzüglich, innerhalb einer Woche begonnen werden?
  - Bei Logopädieverordnungen: Ist das Feld Unfall/Unfallfolgen angekreuzt? Und ist der richtige Kostenträger eingetragen (die entsprechende Berufsgenossenschaft nicht die Krankenversicherung)?
- Dürfen Verordnungen bei Fristüberschreitung geändert werden?
  - Mit Annahme der Verordnung erklärt sich der Therapeut auch bereit, die vereinbarten Fristen einzuhalten.
  - Kann die Behandlung aus Gründen, die nicht im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegen (z.B. Patient kommt erst nach Ablauf der Frist mit der Verordnung in die Praxis), nicht rechtzeitig begonnen werden, so ist hierüber unverzüglich der verordnende Arzt zu unterrichten und ggfs. der Patient anzuhalten, sich beim Arzt vorzustellen. Nach Absprache mit dem Arzt ist zu entscheiden, ob die Behandlung durchzuführen ist.
  - In diesem Fall ist es ratsam, den Patienten eine schriftliche Anmeldung ausfüllen zu lassen, in der Sie dokumentieren, dass der Patient erst nach Ablauf der Ein-Wochen-Frist die Praxis aufgesucht hat. Legen Sie diese Anmeldung dann als schriftlichen Nachweis in Ihre Patientendokumentation und dokumentieren Sie die Rücksprache mit dem verordnenden Arzt. So können Sie Ihr Vorgehen bei Nachfragen belegen. *(jw)*

up-premium plus

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

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie — Anlage 4

Unfallversicherungsträger

Name, Vorname des Versicherten — Geburtsdatum

Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.

Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)

Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort — Diagnose

Unfalltag

1 Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):	Leistungsziffer (s. Folgeseite):
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Anzahl der Behandlungen insgesamt:
Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:	Behandlungstage pro Woche:

2 **Nur auszufüllen bei Überschreiten der Regel-Zeitintervalle (siehe Folgeseite)**

Die Behandlungszeiten ergeben sich aus dem gültigen Leistungsverzeichnis. Soweit medizinisch notwendig für einzelne Leistungsziffern die vorgegebenen Behandlungseinheiten oder Zeitintervalle[1] pro Tag (s. Folgeseite) überschritten werden sollen, ist dies nachfolgend unter Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten und der Zeitintervalle zu begründen!

Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag:
Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit:
Gründe:	Gründe:	Gründe:	Gründe:

3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:

4 Behandlungsbeginn am — Datum

Stempel des D-/H-Arztes

Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am

(spätestens alle 14 Tage)

Unterschrift des D-/H-Arztes

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!

[1] Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle[1] pro Behandlungseinheit
(bei allen Leistungen ist im Regelfall **eine** Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

8101 (9101)[2] Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8201 (9201)[2]** Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) *Regel-Zeitintervall: 1*	**8301 (9301)[2]** Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8401 (9401)[2]** Klassische Massage sowie Spezialmassage	**8501 (9501)[2]** Einzelinhalation *Regel-Zeitintervall: 1*
8102 (9102)[2] Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind *Regel-Zeitintervalle: 4*	**8202 (9202)[2]** Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8302 (9302)[2]** Elektrogymnastik einzelner oder mehrerer Körperabschnitte bei Lähmungen *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8402 (9402)[2]** Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnitts *Regel-Zeitintervalle: 3*	**8502 (9502)[2]** Rauminhalation *Regel-Zeitintervall: 1*
8103 (9103)[2] Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen *Regel-Zeitintervalle: 3*	**8203 (9203)[2]** Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8303 (9303)[2]** Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall *Regel-Zeitintervall: 1*	**8403 a (9403 a)[2]** Kompressionsbandagierung	**8601 (9601)[2]** Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe
8104 (9104)[2] Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmer *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8204 (9204)[2]** Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8304 (9304)[2]** Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) *Regel-Zeitintervall: 1*	**8405 (9405)[2]** Hand-, Fußbad mit Zusatz (+)	**8602 (9602)[2]** Ärztlich verordneter Hausbesuch
8105 (9105)[2] Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8205 (9205)[2]** Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (+) *Regel-Zeitintervalle: 2*		**8407 (9407)[2]** Gashaltiges Bad (+)	
8106 (9106)[2] Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8206 (9206)[2]** Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Kompresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad) *Regel-Zeitintervall: 1*		**8409 (9409)[2]** Hydroelektrisches Vollbad (+)	
8107 (9107)[2] Manuelle Therapie *Regel-Zeitintervalle: 2*	**8207 (9207)[2]** Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)		**8410 (9410)[2]** Zwei- und Vierzellenbad	
			8412 (9412)[2] Unterwasserdruckstrahlmassage (+)	
			8413 (9413)[2] Chirogymnastik	
			8414 (9414)[2] Extensionsbehandlung	

[1] Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.
[2] Die mit „8“ beginnenden Ziffern entsprechen der Vereinbarung mit den Verbänden der physiotherapeutischen Berufe. Die mit „9“ beginnenden Ziffern entsprechen dem BG-Nebenkostentarif bei ambulanter Leistungserbringung durch ein Krankenhaus.
(+) Bei allen mit (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes.

Bestätigung der Leistungserbringung durch den Versicherten

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum

Unterschrift Therapeut

Stempel Therapeutische Praxis

Die Abrechnung mit der Berufsgenossenschaft unterliegt nicht der Heilmittel-Richtlinie.

DVE entwickelt Selbstzahlerprogramm für ältere Menschen

Ergotherapeutin testet „TATKRAFT“

Ein komplettes Selbstzahler-Programm für ältere Menschen hat eine Projektgruppe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) entwickelt. „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung“ heißt das dazugehörige Handbuch, das konkrete Anweisungen zur Umsetzung des Programms gibt. Die Ergotherapeutin Beate Vosen hat´s ausprobiert und als eine der ersten das Programm in ihrer Praxis im Therapiezentrum Alte Brauerei in Paderborn (Ostwestfalen-Lippe) umgesetzt.

Von „TATKRAFT“ erfuhr die Praxisinhaberin von einer Mitautorin des Handbuchs. „Für mich stand gleich fest: Das ist ein Thema der Zeit, das ist ein Thema der Ergotherapie.“ Und für die 56-Jährige, die schon langjährige Erfahrungen im geriatrischen Bereich hat, stand auch gleich fest, dass sie dabei sein wollte. Gemeinsam mit ihrer Mitarbeiterin Gaby Kirsch beteiligte sie sich an den beiden Workshops des Verbandes, in denen es vorrangig um die Verständlichkeit des Handbuchs und die Umsetzung des Programms in den Praxisalltag ging.

Zielgruppe: ältere Generation

Ein zentrales Ziel von „TATKRAFT“ ist die Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit auf lange Sicht für Menschen der älteren Generation, die einschneidende Veränderungen zu bewältigen haben, heißt es in einer Pressemitteilung des Verbandes. Dazu gehören an erster Stelle der Renteneintritt, aber auch der Verlust des Partners oder anderer Familienangehöriger sowie der Verlust sozialer Kontakte.

Vorläufer von „TATKRAFT“ sind die Programme „Lifestyle Redesign und Lifestyle Matters“, die in den USA und England schon seit 15 Jahren erfolgreich durchgeführt werden, erläutert Ergotherapeutin und Mitautorin Kathrin Weiß, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim. Für das Projekt wurden Ergotherapie-Einrichtungen gesucht, die an einer Pilotstudie teilnehmen.

„TATKRAFT“ ist ein Gruppenangebot, das aus mindestens sechs aufeinander aufbauenden Modulen besteht und auf bis zu zwölf Module ausgeweitet werden kann. Je nach Teilnehmerzahl (zwischen fünf und zehn) sollen ein oder zwei Ergotherapeuten die einzelnen anderthalbstündigen Treffen leiten und moderieren. Die Module behandeln u.a. Themen wie Möglichkeiten der Kontaktpflege, Aktivitäten für sich und mit anderen, aber auch Fragen der Gesundheit und der Finanzen. Ziel sei es, so die Mitautorin weiter, dass die Senioren die Anregungen aufnehmen und anschließend eigenständig fortsetzen.

> „TATKRAFT“ ist ein Gruppenangebot, das aus mindestens sechs aufeinander aufbauenden Modulen besteht.

Für die Umsetzung in die Praxis entwarf die Paderborner Ergotherapeutin eine Präsentation, knüpfte Kontakte zur Gemeinde und zum Seniorenbüro – auf eigene Kosten. Ein Artikel im lokalen Sonntagsblatt brachte schließlich Anfang Januar den gewünschten Erfolg: 14 Senioren meldeten ihr Interesse an, und Beate Vosen, die sich 1996 selbständig gemacht hatte, konnte mit der ersten Pilotgruppe mit zehn Teilnehmern zwischen 61 und 68 Jahren starten. Vor der ersten Sitzung informierte sie ihre Senioren in einem Anschreiben über das Programm und legte eine Einverständniserklärung bei.

Carpe diem – Nutze den Tag!

Am 10. Januar erschienen neun Frauen und ein Mann im Therapiezentrum Alte Brauerei, lernten sich gegenseitig kennen und legten den Fahrplan für die weiteren sechs Treffen fest. „Unter den ersten zehn waren zunächst noch zwei Männer, aber einer von ihnen sagte eine Viertelstunde vorher ab“, erinnert sich Beate Vosen. Sechs Wochen trafen sie sich jeweils donnerstags von 10.30 bis 12.00 Uhr, diskutierten über Themen wie „Kontakt mit anderen“, über „Der Hände Werk“ oder „Carpe diem – Nutze den Tag“. „Oftmals machten wir ein Brainstorming, gaben durch Fragen Denkanstöße und kleine Aufgaben, die bis zur nächsten Sitzung erledigt werden mussten.“ Als Thema für das letzte Modul wählten die Teilnehmer das „Ehrenamt“.

Ein wichtiger Aspekt von TATKRAFT ist es, für sich selbst herauszufinden, was man gerne mal machen möchte, bisher aber noch nie gemacht hat. So war beispielsweise eine Teilnehmerin noch nie allein im Kino; als sie sich dazu entschloss und an der Kasse stand, stellte sie fest, dass sie das Programm nicht interessierte. Eine andere wollte sich als Granny-Au-Pair bewerben und eine weitere wollte einen Kochkurs bei einem Profi machen. „Durch den Austausch mit den anderen“, so Beate Vosen, „entwickelten sie den Mut, ihre Wünsche auch in die Tat umzusetzen.“

Wehmut kam am letzten Tag des Kurses auf, berichtet die Ergotherapeutin, ihnen fehle der Donnerstag, so erklärten die sieben Teilnehmer (zwei waren aus gesundheitlichen Gründen zwischenzeitlich ausgestiegen). Kurz entschlossen gründeten sie einen Stammtisch, zu dem sie sich einmal im Monat treffen wollen. „Er hat schon zwei Mal stattgefunden“, freut sich Beate Vosen über das Engagement der Senioren.

Ein weiterer Kurs ist bereits ab 24. Mai geplant – allerdings diesmal nicht kostenlos. 158 Euro sollen die Teilnehmer für sechs Module und ein Nachtreffen zahlen. Die Resonanz ist bescheiden, es gibt erst zwei Anmeldungen. Doch die Therapeutin gibt die Hoffnung nicht auf. „Noch ist ja etwas Zeit.“ Außerdem habe sie noch ein anderes Eisen im Feuer. „Ich habe Kontakt zu einer Firma aufgenommen, die TATKRAFT möglicherweise für Mitarbeiter, die in einer Lebensumbruchphase sind oder kurz vor dem Renteneintritt stehen, einsetzen möchte.“

Einen Tipp hat Beate Vosen für ihre Kollegen, die TATKRAFT auch umsetzen wollen. „Man muss sich genau überlegen, welche Zielgruppe ich ansprechen will. Die Gruppe sollte homogen sein. Es ist schwierig“, so weiß sie aus eigener Erfahrung, „einen gemeinsamen Kurs für rüstige Senioren und solche mit chronischen Krankheiten durchzuführen. Die Teilnehmer sollten einen ähnlichen Erfahrungs- und Lebenshintergrund haben.“ *(ks)*

> KONTAKT

Therapiezentrum Alte Brauerei, Praxis für Ergotherapie, Beate Vosen, Alte Brauerei 3, 33098 Paderborn, Tel.: 0 52 51-14 22 9-0, E-Mail: info@therapiezentrum-pb.de, www.therapiezentrum-pb.de

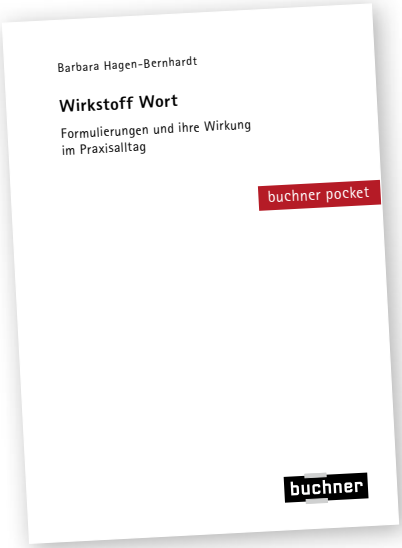
> SERVICE

Das Buch „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung“ ist im Schulz-Kirchner-Verlag erschienen und kostet 28,99 Euro.

Wirkstoff Wort

Formulierungen und ihre Wirkung im Praxisalltag

Kennen Sie die Wirkung Ihrer Worte? Wenn Sie mit einer Antwort zögern, sollten Sie unbedingt in dem kleinen Ratgeber „Wirkstoff Wort“ blättern, der jetzt in der Reihe „buchner pocket“ erschienen ist. Aufgemacht wie der Beipackzettel eines Medikaments befasst sich Autorin Barbara Hagen-Bernhardt mit den Anwendungsgebieten und Nebenwirkungen von Worten, gibt praktische Alltagshinweise und Formulierungshilfen für eine erfolgreiche Kommunikation in Ihrer Praxis.



Die Idee für die Entstehung des 60-seitigen Ratgebers entwickelte sich in den Seminaren von Barbara Hagen-Bernhardt, in denen es unter anderem um Kommunikation geht – und um bestimmte Formulierungen. „Durch das, was wir sagen, bestimmen wir, womit sich das Gehirn unseres Gesprächspartners befassen soll“, so ihre simple Formel über die Wirkung von Sprache. Das klingt einfach, ist in der Realität jedoch nicht immer einfach umzusetzen. „Wir haben Automatismen entwickelt und setzen unsere Worte oft nicht gezielt ein.“

Sprachwirkung im Praxisalltag

Der Autorin, die seit 1994 als Referentin und Coach Menschen auf ihrem Weg zum Erfolg unterstützt, geht es in „Wirkstoff Wort“ in erster Linie um die Wirkung der Sprache, nicht um eine Wertung – speziell angepasst auf die Arbeit von Therapeuten. „Positiv formulieren“ heißt beispielsweise ein Kapitel. Dabei werden die negativen und positiven Formulierungen anschaulich in einer farblich gestalteten Tabelle gegenübergestellt. Ein Beispiel: „Kommen Sie nicht zu spät“ gegenüber „Seien Sie bitte pünktlich.“ Doch positiv ist nicht immer besser. So motiviert es den Patienten mehr, wenn Sie sagen „Sie haben das Ziel noch nicht erreicht“ als „Sie haben das Ziel verfehlt“.

Negative Formulierungen, so Barbara Hagen-Bernhardt, sollten vermieden werden, da sie beim Gesprächspartner Widerstand erzeugen können. Wer zum Beispiel seinem Patienten bei nicht eingehaltenem Behandlungstermin die Zahlung einer Ausfallgebühr „androht“, der muss damit rechnen, dass sich dieser angegriffen und beschuldigt fühlt. Besser wäre es, ihm zu sagen: „Bis 24 Stunden vorher können Sie Termine gebührenfrei absagen. Bei kurzfristiger Absage stellen wir den Termin privat in Rechnung.“

Eine weitere Empfehlung der Autorin sind offene Fragen, da sie die Aufmerksamkeit des Patienten auf eine konkrete Umsetzung lenken. Statt „Können Sie die gezeigten Übungen zu Hause trainieren?“ ist es besser, zu fragen: „Welche Möglichkeiten haben Sie, die Übungen täglich zehn Minuten in Ihren Alltag einzubauen?“. Doch auch hier gibt es eine Kontraindikation: Auf die offene Frage „Wann können Sie denn?“ kann es unter Umständen zu einer langwierigen Verhandlung über den nächsten Termin kommen. Besser: „Wann passt es Ihnen überhaupt nicht?“

Im letzten Kapitel nimmt die Autorin noch einige kleine Wörter unter die Lupe, die wir im Gespräch oft anwenden, ohne uns bewusst zu machen, dass sie bei unserem Gegenüber negative Gefühle auslösen können. Dazu gehören Ausdrücke wie „aber“, „immer“ oder „nie“, „leider“ oder auch das Verb „müssen“.

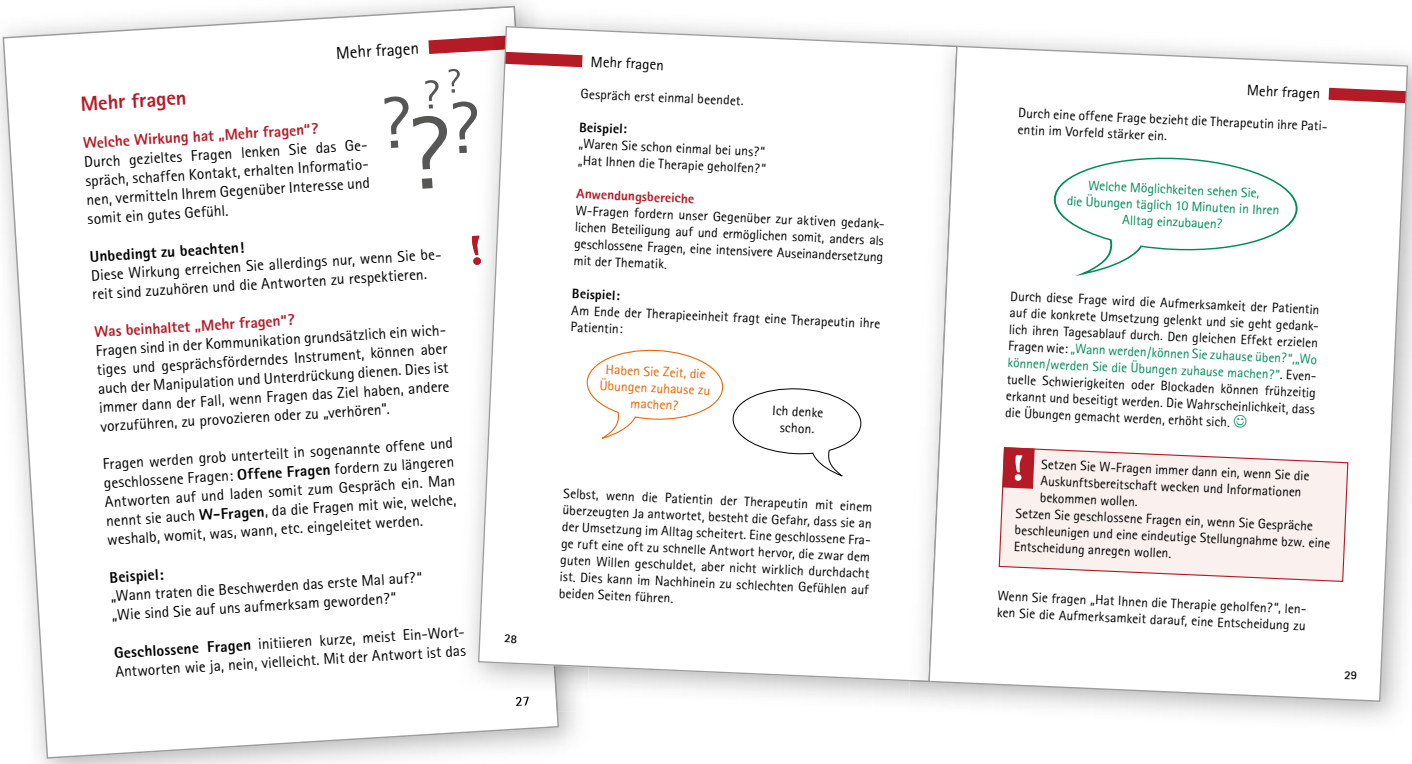
Bestandteile sind untereinander kombinierbar

Sind Sie neugierig geworden? Dann schauen Sie in den lesenswerten Ratgeber. Trauen Sie sich, der Gebrauchsanweisung zu folgen und entwickeln Sie eigenen Sätze, die Ihr Sprachrepertoire erweitern. Der Tipp der Autorin: „Die einzelnen Bestandteile des Wirkstoffes Wort sind ohne Verschreibung erhältlich und können bei Bedarf miteinander kombiniert werden. Für einen größtmöglichen Erfolg empfiehlt es sich, den Wirkstoff Wort mindestens einmal täglich zu trainieren.“ *(ks)*

> SERVICE

Barbara Hagen-Bernhardt „Wirkstoff Wort – Formulierungen und ihre Wirkung im Praxisalltag“ ist unter www.buchner-shop.de (Artikelnummer: 763-19) für 9,99 Euro zzgl. Versandkosten zu bestellen.

Leseprobe



Mehr fragen

Mehr fragen

Welche Wirkung hat „Mehr fragen"?
Durch gezieltes Fragen lenken Sie das Gespräch, schaffen Kontakt, erhalten Informationen, vermitteln Ihrem Gegenüber Interesse und somit ein gutes Gefühl.

Unbedingt zu beachten!
Diese Wirkung erreichen Sie allerdings nur, wenn Sie bereit sind zuzuhören und die Antworten zu respektieren.

Was beinhaltet „Mehr fragen"?
Fragen sind in der Kommunikation grundsätzlich ein wichtiges und gesprächsförderndes Instrument, können aber auch der Manipulation und Unterdrückung dienen. Dies ist immer dann der Fall, wenn Fragen das Ziel haben, andere vorzuführen, zu provozieren oder zu „verhören".

Fragen werden grob unterteilt in sogenannte offene und geschlossene Fragen: **Offene Fragen** fordern zu längeren Antworten auf und laden somit zum Gespräch ein. Man nennt sie auch **W-Fragen**, da die Fragen mit wie, welche, weshalb, womit, was, wann, etc. eingeleitet werden.

Beispiel:
„Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?"
„Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?"

Geschlossene Fragen initiieren kurze, meist Ein-Wort-Antworten wie ja, nein, vielleicht. Mit der Antwort ist das

27

Mehr fragen

Gespräch erst einmal beendet.

Beispiel:
„Waren Sie schon einmal bei uns?"
„Hat Ihnen die Therapie geholfen?"

Anwendungsbereiche
W-Fragen fordern unser Gegenüber zur aktiven gedanklichen Beteiligung auf und ermöglichen somit, anders als geschlossene Fragen, eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik.

Beispiel:
Am Ende der Therapieeinheit fragt eine Therapeutin ihre Patientin:

Haben Sie Zeit, die Übungen zuhause zu machen?

Ich denke schon.

Selbst, wenn die Patientin der Therapeutin mit einem überzeugten Ja antwortet, besteht die Gefahr, dass sie an der Umsetzung im Alltag scheitert. Eine geschlossene Frage ruft eine oft zu schnelle Antwort hervor, die zwar dem guten Willen geschuldet, aber nicht wirklich durchdacht ist. Dies kann im Nachhinein zu schlechten Gefühlen auf beiden Seiten führen.

28

Mehr fragen

Durch eine offene Frage bezieht die Therapeutin ihre Patientin im Vorfeld stärker ein.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Übungen täglich 10 Minuten in Ihren Alltag einzubauen?

Durch diese Frage wird die Aufmerksamkeit der Patientin auf die konkrete Umsetzung gelenkt und sie geht gedanklich ihren Tagesablauf durch. Den gleichen Effekt erzielen Fragen wie: „Wann werden/können Sie zuhause üben?" „Wo können/werden Sie die Übungen zuhause machen?". Eventuelle Schwierigkeiten oder Blockaden können frühzeitig erkannt und beseitigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Übungen gemacht werden, erhöht sich. ☺

! Setzen Sie W-Fragen immer dann ein, wenn Sie die Auskunftsbereitschaft wecken und Informationen bekommen wollen.
Setzen Sie geschlossene Fragen ein, wenn Sie Gespräche beschleunigen und eine eindeutige Stellungnahme bzw. eine Entscheidung anregen wollen.

Wenn Sie fragen „Hat Ihnen die Therapie geholfen?", lenken Sie die Aufmerksamkeit darauf, eine Entscheidung zu

29

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im Juni und Juli

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**	**Preis (netto)**	
PT130612EB	**Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!**	12.6.13	Tryp Hotel Dortmund	1-tägiges Seminar	199,50 €	10.00 bis 17.00 Uhr
PT130613EAG	**Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen**	13.6.13	Tryp Hotel Dortmund	1-tägiges Seminar	199,50 €	10.00 bis 17.00 Uhr
PT130614MA	**Mitarbeiterführung**	14.–15.6.13	Achat Hotel München	2-tägiges Seminar	329,50 €	9.00–17.00/ 15.00 Uhr
PT130619EB	**Ärzte motivieren (extrabudgetär) zu verordnen!**	19.6.13	Achat Hotel München	1-tägiges Seminar	329,50 €	10.00 bis 17.00 Uhr
PT130620ST	**Gelassenheit an der Rezeption**	20.6.13	Best Western Hotel Köln	1-tägiges Seminar	199,50 €	10.00 bis 17.00 Uhr
PT130621PO	**Rezeption – Ort der Entscheidung**	21.–22.6.13	Köln	2-tägiges Seminar	329,50 €	9.00–17.00/ 15.00 Uhr

ONLINE-SEMINARE						ZEIT
Nr.	**Name**	**Termin**	**Ort**	**Basis-einheitencode**	**Preis (netto)**	
PT130701OGKV	**Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung**	1.7.13	Online	90 Minuten	25,13 €	19.00 Uhr
PT130611OGP	**GebüTh – Privatpreise nachvollziehbar und rechtssicher**	11.6.13	Online	90 Minuten	25,13 €	19.00 Uhr
PT130626OAG	**Ausfallgebühren erfolgreich einfordern**	26.6.13	Online	90 Minuten	25,13 €	19.00 Uhr

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 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 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 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 00-1 35 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