

Nur noch bis
23. Dezember
Ihre Stimme
zur Lymph-
Kampagne



zehn
jahre
unternehmen
praxis

up

12 | 2016

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen



Der richtige Biss für 2017: Was sich ab Januar durch HMK und Gesetze ändert

7 Tipps zum Jahresende
mit denen Sie alle
„Karteileichen“ finden

Feuern, bevor die Hütte
brennt: Betriebsbedingte
Kündigungen

Therapie mit und für
Fingerspitzengefühl:
Handrehabilitation



Richtig gut
zusammenarbeiten



alles aus einer Hand

Starke Software

Egal wo – dank unserer ganzheitlichen Softwarelösung sind immer alle informiert: an der Rezeption, zu Hause oder bei der Behandlung.

Wir beraten Sie gern. Rufen Sie uns an unter
0800 0000 770





Kein Stinkstiefel zum Nikolaus

☛ Verschlafen suchen Sie am Morgen des 6. Dezembers Ihren Stiefel. Sie finden ihn vor der Haustür, eiskalt und eingeschneit. Neugierig greifen Sie mit Ihrer Hand in den Schuh – und ziehen, Stück für Stück, eine lange Reihe von Richtlinien- und Gesetzesänderungen heraus. Mit lautem „Ho, ho, ho!“ und einer seltsamen Mischung aus Druckertinte- und Spekulatius-Geruch fliegen sie Ihnen um die Ohren.

Wir können jeden verstehen, für den sich das so anfühlt – denn für Heilmittelerbringer bringt das Jahr 2017 so viele Neuerungen wie lange nicht mehr. Zwei gute Nachrichten: 1. Die meisten Änderungen kommen Ihnen zugute. 2. Wir werden sie Ihnen in dieser Ausgabe erklären. Am wichtigsten ist vermutlich der neu geregelte langfristige Heilmittelbedarf. Es wird dann endlich keine Genehmigungsverfahren mehr geben – stattdessen können Ärzte sich bei ihrer Begründung auf sinnvolle Angaben der Therapeuten stützen. Natürlich gefällt uns eines nicht: Die Änderung an der Lymphdrainage-Verordnung. Doch hier wird mit etwas Glück zum Ende des Jahres unsere Petition einigen Leuten um die Ohren fliegen, mit ihren jetzt schon mehr als 44.000 Unterschriften.

Auch ansonsten gibt es viele Gründe, gut gestimmt in das Jahr 2017 zu blicken. Wir haben, ganz im Sinne des „konstruktiven Journalismus“, einmal all die guten Dinge ins Auge gefasst, die in den letzten beiden Jahren in der Heilmittelbranche passiert sind – und es sind sogar recht viele.

Sie sehen: Wir müssen Ihnen eigentlich gar keinen guten Rutsch ins Jahr 2017 wünschen. Den werden Sie sowieso haben. Wir tun es trotzdem: Ihnen ein frohes Fest und einen erfolgreichen Jahreswechsel!

Mit besten Grüßen,
Moritz Kohl, Redakteur

Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Post
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Netz
www.up-aktuell.de



Wir ziehen um...
Ab 1. Januar 2017
mit neuer Adresse

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

...ist ein Tipp aus der Welt des Arbeitsrechts: Unter bestimmten Umständen können Chefs Mitarbeitern betriebsbedingt kündigen, weil die Praxis nicht läuft. Bei solchen Kündigungen gilt die Sozialauswahl – Praxisinhaber dürfen nicht einfach irgendjemanden feuern.

...ist ein Interview, das unsere Redakteurin in Rio geführt hat. Ein Bundestagsabgeordneter, eine Physiotherapeutin und ein Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit diskutieren darin über Ausbildung, Vergütung und Kompetenzen der Therapeuten.

...ist ein Bericht über einen Ergotherapeuten, der sich auf die Handrehabilitation spezialisiert hat. In seiner Praxis behandeln Ergo- und Physiotherapeuten jährlich tausende Hände und Finger und arbeiten eng mit Ärzten zusammen.

Impressum

up - unternehmen
praxis

Herausgeber
Ralf Buchner

Redaktion
Karina Lübke (kl), Yvonne Millar (ym)
Katharina Münster (km)
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)
Moritz Kohl (mk), Ralf Buchner (bu)

Korrektorat
Ulrike Stanitzke

Verlag
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinal
Telefon 0800 5 999 666,
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de



Wir ziehen um...
Ab 1. Januar 2017
mit neuer Adresse

buchner

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Jahrgang: 11
Erscheinungsweise: monatlich
ISSN: 1869-2710
Preis: 15 Euro zzgl. Porto im Einzelbezug,
12 Euro im Abo
Druckauflage: 50.900 Exemplare
Druck: Eversfrank Preetz



Bildnachweise: Titel istock; izusek; Moritz Kohl (3), Dt. Bundestag/MELDEPRESS/AMS (6), Roy Kühne (32), Lea Czybulka (47), Martin Krell (50); istock: gpointstudio, Danil Melekhin, GZeroOne (4), sdominick, LIVINUS, josefino (5), KevinHyde, megaflopp (6), tomluel (7), RichVintage (10), LoraLiu, Photobalance (11), Rawpixel (12), pixologic-studio (16), Anastasiia_New (20), keko-ka (26), drbimages (28), monticello, svetkor (36), deepblue4you (37), fotojog (40), ClausAlwinVogel, demarco-media, lenets_Mikolay, saluha (41), Bill Oxford (42), malerapaso, mactrunk (44), seb_ra (45), KayTaenzer, yitewang (46), wakila (48)

Passwort für www.up-aktuell.de: **b i s s**

Schwerpunkt | Themen



36

Feuern, bevor die Hütte brennt
Betriebsbedingte Kündigung



40

7 Tipps
zum Jahresende mit denen
Sie alle „Karteileichen“ finden



48

**Therapie mit und für
Fingerspitzengefühl**
Handrehabilitation in
der Ergotherapie

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

Inhalt

- 03 Editorial**
Kein Stinkstiefel zum Nikolaus
- 06 Branchennews**
Aktuelle Informationen
- 08 Umsatzverteilung im 1. Halbjahr 2016 nach Fachbereichen**
Heilmittelbranche in Zahlen



- 10 Absolut verzichtbar!**
Der Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016
- 12 Lymph-Kampagne**
Headline

- 13 2017 | Das ändert sich**
- ➔ MLD-Therapeuten müssen Arbeitsabläufe anpassen
 - 14 ➔ Weniger extrabudgetäre Lymphdrainage
 - 15 ➔ Praxisbesonderheiten heißen jetzt
„Besondere Verordnungsbedarfe“ (BVB)
 - 16 ➔ Langfristiger Heilmittelbedarf endlich zuverlässig geregelt
 - 18 ➔ Neues Heilmittel-Verordnungsmodul erlaubt weiterhin
handschriftliche Verordnungen
 - 19 ➔ Überblick behalten und extrabudgetär verordnen lassen
– so geht's
 - 24 ➔ Entlassmanagement erst ab Juli



- 26 Jahresrückblick**
Vom Positionspapier bis zu Klaus Eders Unterhose
- 30 AOKen und Ersatzkassen akzeptieren auch nach dem
1. Januar 2017 alte Verordnungsvordrucke**



- 32 Mehr Kompetenzen für Heilberufler**
Vergütung, Akademisierung und Ausbildung von Therapeuten

- 36 Feuern, bevor die Hütte brennt**
Betriebsbedingte Kündigung

- 40 7 Tipps**
zum Jahresende mit denen Sie alle „Karteileichen“ finden

- 42 Urteil zu Krankschreibungen**
Ärzte müssen Anspruch auf Krankengeld bestätigen

- 44 Auch 2017 müssen Therapeuten kein Kassenbuch führen**



- 47 Hausbesuch**
Unter Spezialisten

- 48 Therapie mit und für Fingerspitzengefühl**
Handrehabilitation in der Ergotherapie

Manipulierte Diagnosen: AOK muss sieben Mill. Euro zahlen

Die AOK Rheinland/Hamburg muss wegen Falschkodierungen sieben Millionen Euro an das Bundesversicherungsamt zahlen. Die Behörde hatte vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gegen die Krankenkasse geklagt. Diese hat nun einen Vergleich akzeptiert: Sie leistet Rückzahlungen in Höhe von 5,6 Millionen Euro und eine Strafzahlung von 1,4 Millionen Euro.

Wie das Gericht in einer Pressemitteilung schreibt, habe die AOK zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen „auf die Vertragsärzte in Nordrhein und Hamburg hingewirkt, die Diagnosen bei der Behandlung von AOK-Versicherten nachträglich derart zu ergänzen, dass die Versicherten kränker werden.“ Die Aufsichtsbehörden hätten das ausdrücklich gebilligt. Durch die schwereren Diagnosen erhielt die AOK im Rahmen des Risikostrukturausgleichs mehr Geld

aus dem Gesundheitsfonds – zulasten der anderen Krankenkassen. Gegenüber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung bestritt die AOK, dass es hier darum gegangen sei, Patienten „kränker zu machen, als sie sind“ und verweist auf komplexe und umstrittene Abrechnungsregeln. Im Oktober hatte der Chef der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, zugegeben, dass Kassen und Ärzte den Risikostrukturausgleich manipulieren.



Therapeuten können Ärzte an die neuen Formulare erinnern

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erinnert ihre Vertragsärzte in ihren „Praxisnachrichten“ daran, die neuen Vordrucke für Heilmittel-Verordnungen zu bestellen. Diese neuen Verordnung-formulare gelten ab dem 1. Januar 2017 und unterscheiden sich von den alten Formularen nur durch ein zusätzliches Feld für einen weiteren ICD-10-Code. Heilmittel-Praxen können es der KBV gleichtun und die Ärzte erinnern. Sie fragen einfach bei ihren nächsten Gesprächen mit Ärzten jeweils, ob diese die neuen Verordnungs-Formulare schon bestellt haben. Offizielle Argumentation gegenüber den Ärzten: Da sie ab dem 1. Januar 2017 nur noch auf den neuen Vordrucken Heilmittel verordnen dürfen, erleichtern sich die Ärzte damit die Verwaltungsarbeit und verhindern möglicherweise Wirtschaftlichkeitsregresse. Nutzen für Heilmittel-Praxen: Sie senken so das Risiko für Absetzungen durch die Krankenkassen wegen falscher Formulare.



Übrigens: AOK Bundesverband und vdek haben erklärt, dass sie bei alten Formularen kulant reagieren und zunächst auf Absetzungen verzichten werden. Praxisinhaber können dem Jahreswechsel in dieser Hinsicht also entspannt entgegensehen.

mehr: Die Meldung der KBV finden Sie unter www.kbv.de im Bereich Aktuell -> Praxisnachrichten, unter den Nachrichten vom 10.11.2016.

Die Entscheidung von AOK und vdek kommentierten wir bereits unter www.up-aktuell.de. Unsere Texte dazu finden Sie unter dem Suchbegriff „Verordnungen“

HHVG zur ersten Lesung im Bundestag

Das geplante Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) kommt voran: Am 10. November ist das HHVG in erster Lesung in den Bundestag eingebracht worden. Der Gesetzentwurf sieht unter anderem zahlreiche Verbesserungen der Situation der Heilmittelerbringer vor. Die Entkoppelung von der Grundlohnsumme und die Einführung flächendeckender Modellvorhaben zur Erprobung der Blankoverordnung sind zwei entscheidende Faktoren zur Verbesserung der Situation der Therapeuten. „Dieses Gesetz ist eine einmalige Gelegenheit zur Stärkung der Heilmittelerbringer und eine Anerkennung der Therapeuten, ihrer Expertise und ihrer wertvollen Arbeit“, erläuterte Dr. Roy Kühne, Berichterstatter für Heil- und Hilfsmittel der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Kühne hatte mit seinem Grundsatzpapier zur Situation der Heilmittelerbringer vor mehr als einem Jahr entscheidend dazu beigetragen, die Problematik in das Bewusstsein der Gesundheitspolitik zu rücken und damit den Grundstein für das HHVG gelegt.

Roy Kühne dankte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, dem Patientenbeauftragten Karl-Josef Laumann und der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. „Ministerium und Arbeitsgruppe haben meine Vorschläge in beiden Bereichen umfangreich eingearbeitet. Dass wir dieses Gesetz außerhalb des Koalitionsvertrages in dieser Legislaturperiode beschließen werden, ist nur dank des Einsatzes von Ministerium und Fraktion möglich“, sagte Roy Kühne abschließend.



Umsatzsteuererklärung auch für Heilmittelerbringer Pflicht

Grundsätzlich unterliegen alle Umsätze, die ein Unternehmer durch die Ausführung seiner Leistungen erwirtschaftet, der Umsatzsteuer. Als Unternehmer gilt jeder, der eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit selbstständig ausführt. Jedoch sind bestimmte Umsätze steuerfrei, so auch die heilberuflichen Tätigkeiten (§ 4 Nr. 14 UStG). Die Steuerbefreiung besteht für sogenannte Heilbehandlungsleistungen, also Maßnahmen mit therapeutischen Ziel. Dies sind vor allem Leistungen, die aufgrund einer Verordnung erbracht werden.

Die Privilegierung betrifft jedoch nur die Zahlungspflicht, nicht aber die Pflicht zur Erklärung über die Vereinnahmung der Umsatzsteuer. Dies bedeutet, dass jeder Praxisinhaber unabhängig von der

tatsächlichen Steuerzahlung mindestens einmal jährlich eine Umsatzsteuererklärung abzugeben hat.

Die Finanzverwaltung hat es in den letzten Jahren aber offenbar versäumt, fehlende Umsatzsteuererklärungen anzufordern. Dies wurde bereits im Frühjahr durch den Bayrischen Obersten Rechnungshof beanstandet. In seinem Jahresbericht 2016, Nr. 38 bemängelte der Rechnungshof, dass die umsatzsteuerliche Unterscheidung zwischen steuerpflichtigen Leistungen und steuerfreier Heilbehandlung von den Finanzämtern nicht ausreichend geprüft werde.

Heilmittelerbringer müssen daher damit rechnen, dass die Umsatzsteuerpflicht derzeit verstärkt überprüft und Umsatzsteuererklärungen konsequenter eingefordert werden.

Fachkräftemangel: Offene Stellen melden!

Verbände, wie jüngst der Deutsche Verband für Podologie (ZFD), appellieren an Therapiepraxen, ihre offenen Stellen der Bundesagentur für Arbeit (BA) auf jeden Fall zu melden. „Liegen keine oder nur sehr wenige Stellenanzeigen vor, stellt sich der Fachkräftebedarf in der Statistik nur unerheblich oder stark abweichend von der Realität dar“, heißt es in einer Pressemitteilung des ZFD. „Keine Meldungen entspricht keinem Bedarf.“ Politiker könnten aber nur bei erkennbarem Bedarf Lösungen für den Fachkräftemangel anstreben.

Praxisinhaber können offene Stellen auch online an die BA melden, nachdem sie sich auf der Webseite registriert haben.

mehr: bit.ly/2fxcDSP

Nach Praxisverkauf werden höhere GKV-Beiträge fällig



Wenn Praxisinhaber, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind, ihre Praxis verkaufen, müssen sie für den Erlös Beiträge zur gesetzlichen Pflege- und Krankenversicherung (GKV) leisten. Das geht aus einem Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg in Stuttgart hervor. Laut Gericht gelte es auch dann, wenn der Versicherte das Betriebsvermögen in sein Privateigentum überführt.

Das LSG behandelte die Klage eines 70-jährigen Gastwirts, der freiwilliges GKV-Mitglied ist. 2012 verkaufte er seine Gaststätte und führte das Betriebsvermögen in sein Privatvermögen über. Das

Finanzamt wertete 100.000 Euro als „Veräußerungsgewinn“ und erkannte davon 45.000 Euro als Freibetrag an. Die verbliebenen 55.000 Euro seien Einnahmen, für die höhere Monatsbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen seien. Das Landessozialgericht folgte der Auffassung des Finanzamtes. Beitragspflichtig sei auch der steuerliche Veräußerungsgewinn bei Betriebsaufgabe als „Einnahme, die für den Lebensunterhalt verbraucht werde oder verbraucht werden könne“. Wegen grundsätzlicher Bedeutung hat das LSG die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zugelassen (Az.: L 11 KR 739/16).

Abrechnung von Heilmittelerordnungen der neuen BARMER

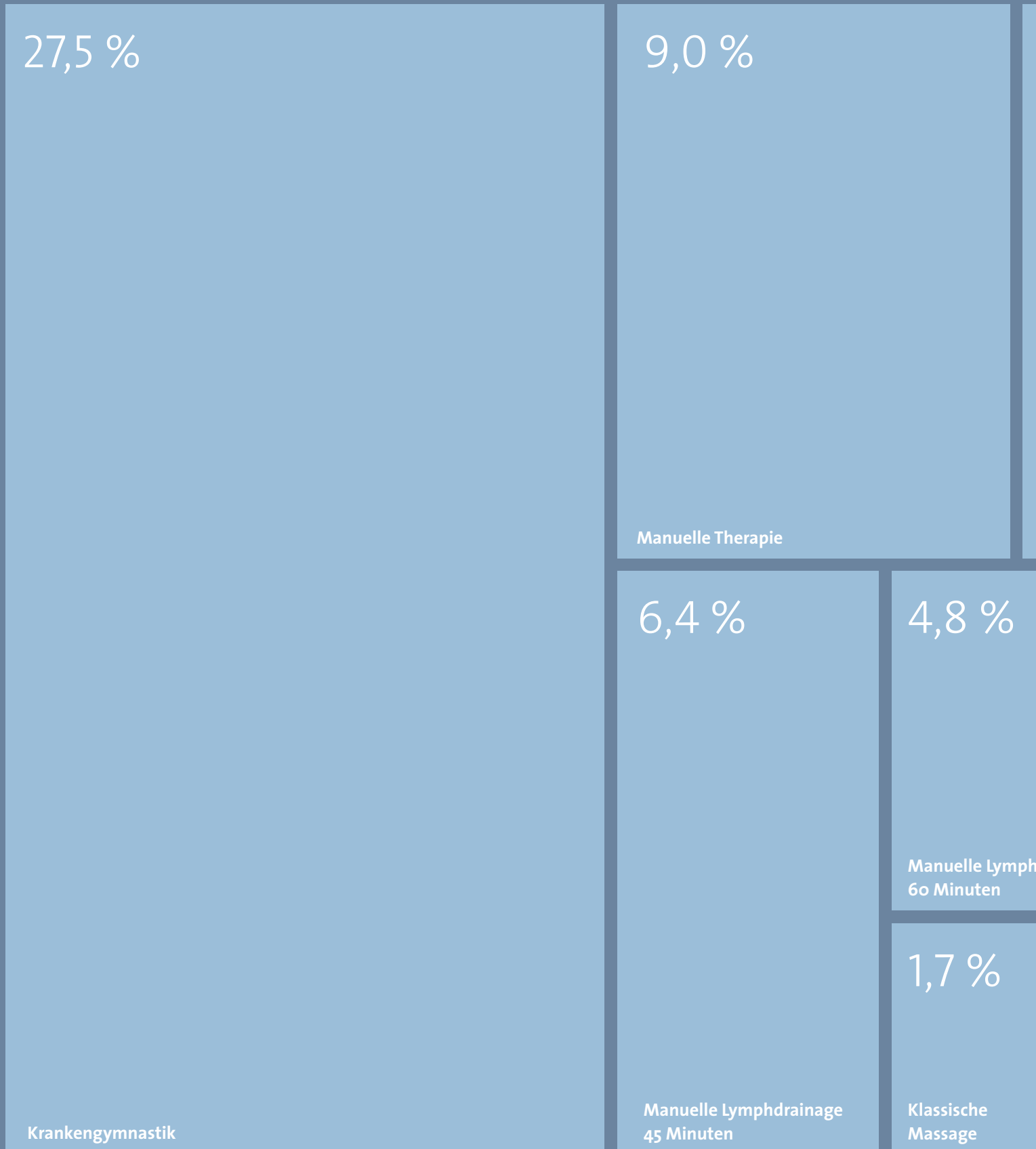
Zum 1. Januar 2017 fusioniert die Barmer GEK mit der Deutschen BKK. Die neue Krankenkasse wird den Namen BARMER tragen. In einem Schreiben informiert die Kasse, wie erbrachte Leistungen abgerechnet werden.

Zur Abgrenzung dient das Verordnungsdatum: Für Heilmittelerordnungen, die Ärzte bis zum 31. Dezember 2016 zu Lasten der Deutschen BKK ausstellen, gelten die Konditionen der Verträge der Deutschen BKK. Für Verordnungen ab dem 1. Januar 2017 gelten die Verträge der Barmer GEK beziehungsweise des Verbandes der Ersatzkassen (vdek). Verordnungen von Versicherten der (ehemaligen) Deutschen BKK rechnen Therapeuten bis zum 31. März 2017 über das Abrechnungszentrum Emmendingen ab. Das gilt auch für Verordnungen aus dem Jahr 2017. Ab 1. April 2017 übernimmt die Abrechnung das Deutsche Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen (DDG) in Essen.

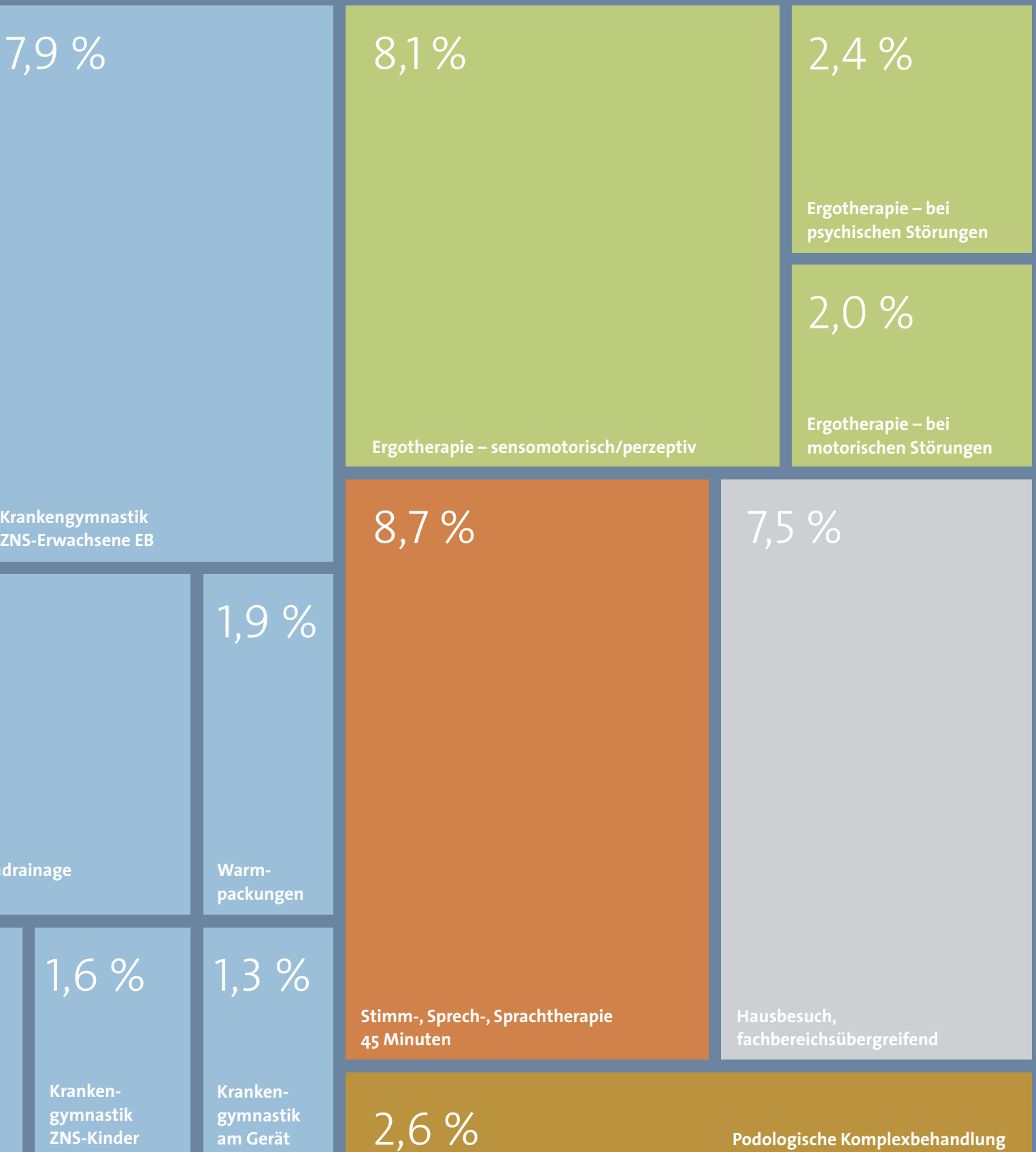
mehr: www.barmer-gek.de/heilmittelerbringerinfos

Umsatzverteilung im 1. Halbjahr 2016 n

Die 15 umsatzstärksten Heilmittelleistungen im 1. Halbjahr 2016 machen zusammen 93,4 Prozent des Heilmittelumsatzes aus.



nach Fachbereichen | Heilmittelbranche in Zahlen





Jahresrückblick

Vom Positionspapier bis zu Klaus Eders Unterhose

2015 und 2016 waren für die Heilmittelbranche spannende Jahre. Viele Entwicklungen gehen auf einmal in die richtige Richtung.

Ein neuer Trend in der Medienwelt ist der konstruktive Journalismus: Er will sich auf positive, konstruktive Neuigkeiten konzentrieren, Lösungsansätze benennen und nicht mehr nur Probleme.

Solche positiven Nachrichten haben auch wir parat: In den Jahren 2015 und 2016 hat sich für die Heilmittelbranche so viel bewegt wie noch nie. Endlich interessieren sich Politik und Medien für die Therapeuten. Endlich kommen Gesetze auf den Tisch, die die Arbeitsbedingungen in den Praxen verbessern werden. Einige Dinge haben geklappt, auf andere können wir uns noch freuen:

1. Das Positionspapier. Im März 2015 veröffentlichte die CDU-Fraktion des Bundestags ein Papier mit dem Namen „Heilmittelerbringer direkter in die Versor-

gung einbringen“. Die Politiker forderten darin unter anderem, die Vergütung von der Grundlohnsumme abzukoppeln, den Direktzugang zu prüfen und die Ausbildung der Therapeuten moderner zu gestalten. Nach all diesen Dingen rufen Therapeuten schon lange – jetzt wurden sie gehört.

2. Gesetzesänderungen sind auf dem Weg. Im Sommer 2015 flossen Teile des Positionspapiers in das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein. Viele Verbesserungen treten nun zum Jahreswechsel in Kraft.

► Die Preise für Logopädie zwischen den verschiedenen Kassenarten haben sich angeglichen. Die Unterschiede etwa zwischen AOKen und Ersatzkassen schrumpften und die Preise stiegen insgesamt deutlich.



► Ärzte müssen ab 2017 eine geprüfte Verordnungssoftware für Heilmittelrezepte nutzen. Das könnte die Zahl der fehlerhaften Verordnungen reduzieren.

► Ab 2017 gelten die neuen erweiterten „besonderen Verordnungsbedarfe“. Damit können auch Ergotherapeuten und Logopäden extrabudgetäre Verordnungen in größerem Umfang erhalten.

3. Es folgte: das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz. Mit dem HHVG versprach die Regierung zahlreiche Verbesserungen für Therapeuten und Patienten. Sie veröffentlichte den ersten Entwurf im August 2016. Im März 2017 soll es verabschiedet werden. Das beinhaltet das Gesetz:

► Beschleunigte Schiedsverfahren auf Länderebene, die die Position der Verbände bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen stärken.

► Eine Abkoppelung der Vergütung von der Grundlohnsumme – und damit endlich die Möglichkeit, mehr Geld von den Kassen zu bekommen.

► Modellvorhaben für Blankoverordnungen, mit denen Therapeuten die genaue Methode, die Dauer und die Frequenz der Behandlung bestimmen sollen.

Das Gesetz stieß in der Branche auf Enttäuschung, weil die letzteren beiden Veränderungen nur für drei Jahre angesetzt sind. Immerhin: Die Politik hat endlich begonnen, die Probleme der Heilmittelerbringer zu erkennen und anzugehen.

4. Die Ausbildung ist im Wandel. Die Bundesregierung evaluierte primärqualifizierende Studiengänge für Gesundheitsfachberufe – Studiengänge also, de-

ren Absolventen auch direkt eine Zulassung zum Therapeuten erhalten. Im August 2016 erschien die erste Auswertung, mit durchweg positiven Ergebnissen für Studierende und Patienten. Dass die Regierung die Modellverfahren trotzdem verlängern möchte, ist ein Dämpfer. Doch eines ist klar: In einigen Jahren werden akademisch ausgebildete Therapeuten das Berufsbild verändern, und zwar zum Guten.

5. Therapeuten setzen sich ein. Sie engagierten sich lautstark für Veränderungen und bessere Arbeitsbedingungen. Hier nur einige Beispiele:

► Zum Beispiel gab es im April eine Demonstration in Kiel. Neben circa 500 Therapeuten und Vertretern der Interessengemeinschaft Physiotherapie Schleswig-Holstein (IGPSH) und des Bunds vereinter Therapeuten (BvT) waren dort auch Politiker und Medien anwesend.

► Die Berufsverbände vertraten die Interessen der Therapeuten nach außen, durch zahllose Pressemeldungen, Hintergrundgespräche und Verhandlungen. Sie sprachen in Anhörungen vor dem Bundestag gegen Ärzte- und Kassenvertreter an, um die geplanten Gesetze zu Gunsten der Heilmittelerbringer zu beeinflussen.

► Einige Therapeuten riefen eine Initiative ins Leben, die sich für die Bildung einer Kammer einsetzt. Auf www.therapeutenkammer.de und im Rahmen von Infoveranstaltungen setzen sie sich mit dem Thema auseinander.

► An der Lymph-Kampagne, die wir mit ins Leben gerufen haben, beteiligten sich zahlreiche Therapeuten,

Patienten und Ärzte. Bis zum Redaktionsschluss hatten bereits mehr als 44.000 Menschen die Petition für eine faire Vergütung der MLD unterschrieben, viele andere verbreiteten sie in Praxen über Social Media.

6. Die Medien berichten über Therapeuten. Nicht zuletzt wegen des Engagements der Therapeuten lenkten so viele große Medien wie noch nie ihre Aufmerksamkeit auf die Berufsgruppe. Spiegel Online thematisierte den Direktzugang und die Akademisierung. Der NDR berichtete über die schwierigen Arbeitsbedingungen für Physiotherapeuten, ebenso RTL. Der Bayerische Rundfunk beklagte die ausufernde Bürokratie rund um Heilmittelverordnungen. Im November ging es im NDR noch einmal darum, dass Ärzte zu wenige Physio-Verordnungen ausstellen.

Und während der Fußball-Europameisterschaft feierten Medien die Physiotherapeuten um Klaus Eder, die unter anderem Nationalspieler Jérôme Boateng wieder fit machten. Wobei sich die Boulevardpresse mehr für Eders Unterhose interessierte, die beim Massieren aus der Hose lugte – und aus einer Kollektion des portugiesischen Fußball-Stars Cristiano Ronaldo stammte.

7. Politiker vertreten Interessen der Therapeuten. Zum Beispiel setzte sich der Bundestagsabgeordnete Dr. Roy Kühne (CDU), der selbst Physiotherapeut ist, wiederholt für die Belange der Heilmittelbringer ein. Ebenso die Grünen-Fraktion im Bundestag. Sie stellte eine Anfrage an die Regierung, wie es um die

Situation der Therapeuten bestellt sei (die Antwort fiel allerdings ernüchternd aus). Im November forderten die Grünen dann, die Kompetenzen von Heilmittelbringern auszubauen. Der Bundesrat schrieb zudem im Oktober, das HHVG gehe nicht weit genug – und empfahl den Direktzugang für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden.

8. Auch wir von up erreichten die Therapeuten. Vor allem unsere Facebook-Seite verzeichnete große Zuwächse. Dort verbreiteten unsere Leser Beiträge, Links und Themen und diskutierten über Praxisführungen und Branchenpolitik. Wir möchten uns bei allen Lesern dafür bedanken – auch Sie haben zu zwei spannenden Jahren viel beigetragen!

Unser Fazit: Es gibt viele gute Gründe für Therapeuten, mit Stolz auf die vergangenen Jahre zurückzublicken. Ob in Sachen Vergütung, Ausbildung oder Direktzugang – es geht überall voran, die Branche erfährt immer mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung. Natürlich gibt es weiterhin Probleme, das wird auch immer so sein. Wir werden nicht vergessen, sie aufzuzeigen. Doch wir sind uns sicher, unseren Lesern auch in den nächsten beiden Jahren wieder zahlreiche gute Nachrichten überbringen zu können.

mehr: In der Online-Version dieses Artikel auf www.up-aktuell.de befinden sich zahlreiche Links zu den aufgeführten Themen. Von dort aus können Sie noch einmal im Detail durch die Entwicklungen der letzten beiden Jahre stöbern. ■

[mk]



Privatpreise ohne Diskussion

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

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

Ihr Nutzen

In diesem Seminar erfahren Sie...

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

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

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag und leichte Pausenverpflegung



Referent Ralf Buchner

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden. Vor 30 Jahren die erste Praxisgründung im familiären Umfeld, heute als Geschäftsführer der Buchner & Partner GmbH immer unterwegs, um mit vielen zehntausend Kunden seinen Erfahrungsschatz hinsichtlich einer angemessenen Vergütung für Therapie zu teilen.

Termine

07.01.2017 in Hamburg
 01.04.2017 in Nürnberg
 29.04.2017 in Köln
 08.06.2017 in Osnabrück
 08.07.2017 in Leipzig
 02.09.2017 in Stuttgart
 11.11.2017 in Bonn
 02.12.2017 in Berlin

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 199,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 199,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Zwischenbilanz
Die Lymph-
Kampagne



Lymphkampagne boomt

Mehr als 44.000 Menschen unterzeichnen Petition

Vorsorge mit Lymphdrainage in Gefahr - Änderung der Heilmittel-Richtlinie abwenden die Lymphdrainage-Versorgung

Von: Jenny Werner (unternehmen praxis)

An: Bundesgesundheitsminister; Petitionsausschuss

Region: Deutschland

Kategorie: Gesundheit

Status: Petition in Zeichnung

31 TAGE VERBLEIBEND

44.358 UNTERSTÜTZER

44.089 IN DEUTSCHLAND

37% erreicht von 120.000 für Quorum (?)

Die Unterschriftenaktion zur Lymphdrainage nimmt auf der Zielgeraden ordentlich Fahrt auf. Doch wir setzen die Kampagne auch nach der Übergabe der Unterschriften fort. Wir werden uns mit Aktionen weiter für eine faire Vergütung der MLD einsetzen.

Anfang September starteten wir die Lymph-Kampagne. Mit einer Online-Petition auf www.openpetition.de an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe wollen wir verhindern, dass Therapeuten zukünftig ohne zusätzliche Vergütung Kompressionsbandagen im Anschluss an die Lymphdrainage anlegen müssen. Außerdem sollen Zertifikatsleistungen wie die MLD endlich angemessen vergütet werden, sodass der Minutenpreis mindestens dem der Krankengymnastik entspricht.

Über 44.000 Menschen unterzeichneten bereits die Petition

Zum Redaktionsschluss dieses Hefts am 23.11.2016 können wir nun sagen: Die Petition ist schon jetzt ein voller Erfolg! Trotz vieler Unkenrufe und des Widerstands von Physiotherapie-Verbänden gab es einen gewaltigen Schulterschluss zwischen Therapeuten, Patienten und sogar einigen Ärzten. Das Ergebnis sind mehr als 44.000 Unterschriften – und die Beteiligung reißt nicht ab: Zuletzt unterzeichneten teilweise täglich um die 2.000 Menschen die Kampagne. Das zeigt eindeutig, dass wir auf ein Problem gestoßen sind, das viele bewegt. Die Politik wird das nicht einfach ignorieren können.

Petition läuft noch bis Weihnachten

Die Änderung der Heilmittelrichtlinie zur Lymphdrainage tritt am 1. Januar 2017 in Kraft. Die Petition endet aus diesem Grund am 23. Dezember. Bis Weihnachten haben Sie also noch Zeit. Jetzt gilt, es noch einmal alles zu geben: zu unterzeichnen und andere Menschen mit ins Boot zu holen. Nach wie vor zählt jede Stimme. Jede Unterschrift verleiht unserem Anliegen zusätzliches Gewicht, wenn Bundesregierung und Bundestag es später diskutieren.

Lymph-Kampagne geht weiter

Das Ergebnis der Petition werden wir auf www.up-aktuell.de verkünden und dann in der Februarausgabe von **up** noch einmal ausführlich erläutern. Damit ist die Lymph-Kampagne aber nicht abgeschlossen. Wir werden uns weiter für die Sache engagieren und die folgenden Debatten mit Aktionen begleiten. Geplant ist zum Beispiel ein Vortrag von **up**-Herausgeber Ralf Buchner auf der Messe TheraPro Ende Januar – dort wird er erklären, wie Therapeuten mit Manueller Lymphdrainage unabhängig von Kassenpreisen Geld verdienen können. Über all das und mehr berichten wir natürlich auch hier im Magazin. ■ [mk]

mehr: Wie Sie sich an der Aktion beteiligen und sie verbreiten, erfahren Sie unter www.up-aktuell.de/mld

2017 | Das ändert sich

Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie, der ICD-10 und einige Gesetzesänderungen bedeuten für Patienten, Therapeuten und die verordnenden Ärzte einige Veränderungen im kommenden Jahr 2017. Wir haben für Sie alle bekannten Änderungen mit einen Schwerpunkt in diesem Heft zusammengestellt und illustriert. Das kann man zum Nachschlagen oder zu Schulungszwecken an seine Mitarbeiter weitergeben.

Das finden Sie auf den nächsten Seiten zum Thema

- 13 MLD-Therapeuten müssen Arbeitsabläufe anpassen
- 14 Weniger extrabudgetäre Lymphdrainage im neuen Jahr
- 15 Praxisbesonderheiten heißen jetzt ‚Besondere Verordnungsbedarfe‘
- 16 Langfristiger Heilmittelbedarf endlich zuverlässig geregelt
- 18 Neues Heilmittel-Verordnungsmodul erlaubt weiterhin handschriftliche Verordnungen
- 19 Überblick behalten und extrabudgetär verordnen lassen
- 24 Entlassmanagement erst ab Juli 2017

2017 | MLD-Therapeuten müssen Arbeitsabläufe anpassen

Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Lymphdrainage bedeutet für die meisten MLD-Therapeuten eine Umstellung der Arbeitsweise. Denn ab dem 1. Januar 2017 gilt, dass Kompressionsbandagen im Anschluss an die Therapiezeit der MLD erbracht werden müssen.

Durch diese Änderung können Therapeuten verordnete Kompressionsbandagen nicht mehr innerhalb der Regelbehandlungszeit der MLD erbringen. Das bedeutet, dass sie bei der Terminplanung auf die geänderten Rahmenbedingungen eingehen müssen. Bleibt die Frage: Wie lange dauert eigentlich die Kompressionsbandagierung einer Extremität?

Bandagierungen lohnen sich kaum

Spezialisten aus dem Lymphnetz Freiburg kalkulieren im Durchschnitt acht Minuten pro Extremität für eine professionell gewickelte Kompressionsbandage. Auf einer Lymphsymposium wurde diese Vorgabe durchaus auch kritisch kommentiert. Das funktioniert nach Ansicht einiger erfahrener MLD-Therapeuten nur dann, wenn die behandelnden Lymphdrainage-Therapeuten entsprechend gut geschult sind.

Im neuen Jahr gelten weiter die alten Rahmenbedingungen: Wer Kompressionsbandagen wickeln und das als Kompressionsbandagierung abrechnen will, der ist verpflichtet, das Polstermaterial auf eigene Rechnung zu stellen. So steht es leider in der Leistungsbeschreibung Physiotherapie. Hinzu kommt: Das Bandagieren wird absurd schlecht bezahlt.

2017 | Weniger extrabudgetäre Lymphdrainage



Bis Ende des Jahres 2016 gilt noch der ICD-Schlüssel I89.0 (Lymphödem) als Begründung für extrabudgetäre Manuelle Lymphdrainage. Das hat sich jetzt durch eine Erweiterung der ICD-10-Systematik geändert. Jetzt müssen Ärzte Lymphödeme differenzierter diagnostizieren. Dadurch werden aber auch mehr MLD-Verordnungen die Budgets der Mediziner belasten. Mehr Klarheit bei der Heilmittel-Verordnung sollen neue Diagnose-Schlüssel zum Thema Lymphödem bringen. Sie orientieren sich an den verschiedenen Stadien, in die Leitlinien und Literatur Lymphödeme unterteilen. Diese Einteilung hatte bislang noch keinen Eingang in die ICD-10-Systematik gefunden. Das ändert

sich nun mit der neuen endgültigen Fassung der ICD-10-GM-Version 2017 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification).

Diese ICD-10-Codes ermöglichen Ärzten in Zukunft, Lymphödeme entsprechend ihrer Lokalisation und ihres Stadiums auf der Verordnung zu kodieren. Jetzt müssen KBV und GKV-Spitzenverband sich noch darauf einigen, welche der ICD-10-Schlüssel in die neue Liste der besonderen Verordnungsbedarfe eingehen. Das entscheidet darüber, wie schwer ein Lymphödem sein muss, damit Patienten Heilmittel auch unabhängig von Budgets erhalten.

Bisher gab es in der deutschen Fassung der ICD-10-Systematik für das Ver coden des Lymphödems nur eine einzige Ziffer: I89.0

I89.- Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	
Exkl.:	Chylozele: <ul style="list-style-type: none"> durch Filarien (B74.-) Tunica vaginalis testis (nicht durch Filarien) o.n.A. (N50.8) Hereditäres Lymphödem (Q82.0-) Lymphknotenvergrößerung o.n.A. (R59.-) Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (I97.2-)
I89.0:	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert Lymphangiektasie Benutze zusätzliche Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer kutanen Lymphfistel, einer subkutanen Lymphozele, einer dermalen Lymphzyste, eines chylösen Refluxes (I89.8) oder eines lymphogenen Ulkus (L97, L98.4) zu kodieren. Ein gleichzeitig vorhandenes Lipödem ist gesondert zu kodieren (E88.2-).
I89.00	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium I
I89.01	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III
I89.03	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium I
	10/25
Differenzliste ICD-10-GM Version 2017	
	<u>Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich</u>
I89.04	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II <u>Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich</u>
I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III <u>Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich</u>
I89.08	Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert <u>Latenzstadium des Lymphödems</u>
I89.09	Lymphödem, nicht näher bezeichnet

Mit den neu eingeführten ICD-10 Ziffern können Lymphödeme jetzt stadiengerecht kodiert werden

2017 | Praxisbesonderheiten heißen jetzt ,Besondere Verordnungsbedarfe‘ (BVB)

Die Liste mit den Diagnosen, für die ein Arzt ab der Erstverordnung extrabudgetär Heilmittel verordnen kann, heißt ab dem 1. Januar 2017 ‚Besondere Verordnungsbedarfe‘. Sie ersetzt damit die bisherige Liste der Praxisbesonderheiten. Zusätzlich können die KVen auf Landesebene regionale besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren, die dann ebenfalls extrabudgetär sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) halten Diagnosen, bei denen Ärzte aufgrund von Praxisbesonderheiten extrabudgetär Heilmittel verordnen können, in einer Liste fest. Zum 1. Januar 2017 bekommt diese Diagnosenliste den neuen Titel ‚Besondere Verordnungsbedarfe‘. In dieser neuen Liste werden endlich auch Indikationen aufgeführt, die gerade für logopädische und ergotherapeutische Heilmittelverordnungen wichtig sind. Vor allem Patienten über 70 Jahre können ab 2017 deutlich besser extrabudgetär mit Heilmitteln versorgt werden.

Besondere Verordnungsbedarfe umfassen mehr geriatrische Diagnosen

KBV und GKV haben sich darauf verständigt, die neue Liste ‚Besondere Verordnungsbedarfe‘ um weitere Diagnosen zu ergänzen, und zwar insbesondere zu geriatrischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen, die Ergotherapeuten und Logopäden häufig versorgen. Unter der Kategorie „Geriatrische Syndrome“ wurde eine Reihe von Diagnosen aufgenommen, die ab dem 70. Lebensjahr einen besonderen Verordnungsbedarf verursachen – etwa Demenz, Inkontinenz, Schwindel und Osteoporose mit pathologischer Fraktur. Ebenfalls hinzugekommen ist die Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn, also vor dem 65. Lebensjahr.

Die neue Diagnosenliste findet sich als Anhang in den neuen bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Ärzte. In dieser Vereinbarung ist ebenfalls geregelt, dass die KVen und Landesverbände der Krankenkassen zusätzliche regionale besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren können, die dann ebenfalls bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Abzug gebracht werden.

Neue Verordnungsformulare mit minimaler Änderung

Die Heilmittel-Verordnungsformulare sollen sich verbindlich zum 1. Januar 2017 ändern. Denn in der neuen Diagnosenliste zu den besonderen Verordnungsbedarfen gibt es einige Diagnosen, bei denen zwei ICD-10-Codes zusammen aufgeschrieben werden müssen. Dazu sind auf den neuen Verordnungsformularen jetzt zwei ICD-10-Felder vorhanden. AOK und vdek haben schon erklärt, dass sie auch über den 1. Januar 2017 hinaus die alten Verordnungsformulare akzeptieren werden (Seite 30).

Spezifische Diagnosen aus den folgenden Bereichen finden sich neu in der Liste der besonderen Verordnungsbedarfe

- ▶ Entwicklungsstörungen bei Kindern
- ▶ sekundäres Parkinson-Syndrom
- ▶ chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode
- ▶ Versorgung von Schulterläsionen
- ▶ Systemkrankheiten des Bindegewebes
- ▶ Kyphosen
- ▶ Skoliosen
- ▶ juvenile Osteochondrosen

Service: **up|plus** – Kunden können bei der Hotline die Liste mit den besonderen Verordnungsbedarfen abrufen, auf denen alle neuen Diagnosen gekennzeichnet sind.

2017 | Langfristiger Heilmittelbedarf endlich zuverlässig geregelt

Seit 2012 sieht das Sozialgesetzbuch V den „langfristigen Heilmittelbedarf“ als Möglichkeit vor, Patienten extrabudgetär mit Heilmitteln zu versorgen. Bislang vereinbarten Ärzte und Kassen die Abläufe. Ab dem 1. Januar 2017 regelt nun endlich der Paragraph 8 a der Heilmittel-Richtlinie das Verfahren. Das ist formal richtig – und wird für Therapeuten deutlich besser laufen als bisher.

Um die wichtigste Änderung gleich vorwegzunehmen: Ab dem 1.1.2017 wird es beim langfristigen Heilmittelbedarf kein Genehmigungsverfahren mehr geben. Das dürfte die Arbeit vieler Therapeuten dauerhaft vereinfachen. Ein Blick auf den Paragraphen 8 a der Heilmittelrichtlinie macht die Änderungen und Verbesserungen zum bisherigen Verfahren deutlich:

§ 8 a Absatz 1

Dieser Absatz legt fest, dass es von der ärztlichen Begründung abhängt, ob langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt oder nicht. Diese Begründung soll Stellung nehmen zu

- ▶ Schwere und Langfristigkeit.
- ▶ Beeinträchtigung der Aktivitäten.
- ▶ nachvollziehbarem Therapiebedarf

Deutlich wird hier, wie stark der Arzt in seiner Begründung auf sinnvolle Informationen des Therapeuten angewiesen ist, zum Beispiel zu den Aktivitäten.

§ 8 a Absatz 2

Alle Diagnosen aus Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelten automatisch als langfristiger Heilmittelbedarf. Außerdem gibt es kein Antrags- und Genehmigungsverfahren mehr.

§ 8 a Absatz 3

Wie das SGB V es schon festlegt: Jeder Patient hat die Möglichkeit, einen eigenen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf zu stellen, wenn die Anlage 2 HeilM-RL seine Diagnose nicht beinhaltet. So einem Antrag sollen die Kassen dann stattgeben, wenn die Schädigungen vergleichbar sind mit den Krankheiten auf Anlage 2.

§ 8 a Absatz 4

Die Details der Antragstellung ändern sich nicht. Allerdings stellt die Richtlinie für alle Kassen noch einmal klar: Für den Antrag genügt die Kopie der Verordnung. Die Kassen können also nicht mehr darauf bestehen, dass Patienten ihnen die Originalverordnung zusenden.

1. ¹Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben.

2. ¹Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V auszugehen. ²Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

3. ¹Bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, trifft die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten die Feststellung darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

4. ¹Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage
- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes;
Die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten
- und soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Abs. 1 SGB V.

§ 8a Absatz 5

Bei individuellen Anträgen ist eine gute Begründung nötig. In diesem Absatz werden wesentliche Inhalte benannt, die Begründungen enthalten sollen:

- ▶ Therapiebedarf
- ▶ Therapiefähigkeit
- ▶ Therapieziel
- ▶ Therapieprognose
- ▶ Vergleichbare funktionelle/strukturelle Schädigungen aus der Anlage 2
- ▶ Auch, wenn mehrere Schädigungen vorliegen, kann das den Antrag begründen

Zusätzlich definiert dieser Absatz, was genau unter Dauerhaftigkeit zu verstehen ist, nämlich ein Jahr oder länger. Weiterhin macht er deutlich: Auch während eines laufenden langfristigen Behandlungsfalls dürfen das Heilmittel und/oder die Frequenz sich innerhalb des in der Diagnosengruppe festgelegten Rahmens ändern.

§ 8 a Absatz 6

Langfristiger Heilmittelbedarf ist in bestimmten Fällen ausgeschlossen: immer dann, wenn die verordnete Diagnosengruppe für prognostisch kurzfristigen Behandlungsbedarf vorgeesehen ist.

§ 8 a Absatz 7

Die Krankenkassen müssen den beantragten langfristigen Heilmittelbedarf für mindestens ein Jahr gewähren, können aber auch eine unbefristete Genehmigung erteilen. Im Genehmigungsbescheid müssen sie neben dem Genehmigungsaktenzeichen auch die therapierelevante Diagnose und die Diagnosengruppe angeben.

§ 8 a Absatz 8

Wenn ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, können Ärzte den Behandlungsfall sofort mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen. Sie müssen nicht den Regelfall durchlaufen. Das war auch bisher schon so geregelt, allerdings noch nicht in der Heilmittel-Richtlinie.

Dieser Absatz nimmt außerdem noch einmal eine wichtige Klarstellung vor: Besteht eine Krankenkasse auf der Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls gem. Paragraf 8 Absatz 4 HeilM-RL, müssen Patienten diese Genehmigung nicht einholen, solange ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt.

5. ¹Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. ²Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei dem Antragsteller bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. ³Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist. ⁴Bei Entscheidungen nach Satz 2 und 3 ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. ⁵Sofern es bei der Entscheidung nach Satz 2 und 3 zusätzlichen medizinischen Sachverstandes bedarf, hat die Krankenkasse den MDK einzubeziehen. ⁶Dabei sind der Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Versicherten in Verbindung mit dem verordneten Heilmittel zu berücksichtigen. ⁷Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Absatz 3 darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosengruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann.

6. ¹Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen und Diagnosengruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf gemäß Heilmittelkatalog.

7. ¹Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ²Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosengruppe/-gruppen angegeben werden.

8. ¹Für Versicherte mit langfristigen Heilmittelbedarf gemäß den Absätzen 2 und 3 können die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges definierte Regelfall durchlaufen werden muss. ²Erforderliche Genehmigungen nach § 8 Absatz 4 gelten als erteilt.

Diese Diagnosen sind jetzt neu zur Diagnosenliste für den langfristigen Heilmittelbedarf hinzugekommen:

- ▶ G24.3 Torticollis spasticus
- ▶ G95.0 Syringomyelie und Syringobulbie
- ▶ Q93.4 Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5
- ▶ Q99.2 Fragiles-X-Chromosom
- ▶ Zystische Fibrose/Mukoviszidose (E84.0, E84.8-, E84.80, E84.87, E84.88, E84.9)
- ▶ Chron. obstruktive Lungenerkrankung (J44.00, J44.10, J44.80, J44.90)
- ▶ Systemische Sklerose (M34.0 und M34.1)
- ▶ Spondylitis ankylosans (M45.0-)
- ▶ Mo8.1-: Juvenile Spondylitis ankylosans
- ▶ Mo8.1-: Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form
- ▶ G14 Postpoliosyndrom
- ▶ Mo5.0- Felty-Syndrom

2017 | Neues Heilmittel-Verordnungsmodul erlaubt weiterhin handschriftliche Verordnungen

„Ob Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie: Wer zur Verordnung von Heilmitteln sein Praxisverwaltungssystem (PVS) nutzt, darf ab Januar nur noch zertifizierte Software verwenden.“ Mit dieser Einleitung informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem Newsletter die niedergelassenen Ärzte darüber, dass sie ab 2017 eine zertifizierte Verordnungssoftware nutzen müssen. Doch in dem Newsletter wird auch deutlich, dass der Termin 1.1.2017 wohl nicht einzuhalten ist und dass auch weiterhin Verordnungen handschriftlich ausgefüllt werden dürfen.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Ärzte ab 2017 eine zertifizierte Verordnungssoftware nutzen müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle verwendeten Softwareprodukte die Informationen enthalten, die Ärzte für eine korrekte Verordnung benötigen. Die KBV wurde mit der Zertifizierung beauftragt.

Im Zertifizierungsverfahren prüft die KBV, ob die Verordnungssoftware die entsprechenden formalen Anforderungen erfüllt und gem. Heilm-RL funktioniert. Aspekte wie die grafische Umsetzung werden dabei leider nicht berücksichtigt. Und so reicht ein Blick in die Zertifizierungsunterlagen um zu erkennen, dass die Software den Arzt zwar unterstützen kann. Wer sich allerdings mit dem Thema Heilmittel-Verordnung nicht gut auskennt, hat trotzdem gute Chancen trotz einer zertifizierten Software vielen Fehler zu machen.

Es gibt in Deutschland mehr als 100 Praxisverwaltungssysteme, die von Ärzten im Rahmen der GKV-Versorgung eingesetzt werden können. Davon sind laut KBV immerhin neun Systeme für die Verordnung von Heilmitteln zertifiziert (Stand 18.11.2016). Man muss also kein Prophet sein, um zu erkennen, dass es noch viel zu tun gibt für die KBV, damit alle Praxisverwaltungssysteme bis zum 1.1.2017 gemäß den gesetzlichen Anforderungen zertifiziert sind.

Und für alle Fälle hat die KBV für ihre Ärzte ohne zertifizierte Heilmittel-Verordnungs-Modul schon mal einen praktischen Umsetzungstipp parat: „Die Neuregelung gilt bundesweit für alle Ärzte, die Heilmittel mittels Praxissoftware verordnen. Wer Vordrucke per Hand ausfüllt, weil er nur sehr wenige Heilmittelverordnungen ausstellt, kann dies auch weiterhin tun.“



2017 | Überblick behalten und extrabudgetär verordnen lassen – so geht's

Zum 1. Januar 2017 ändern sich die Rahmenbedingungen für die Verordnung von extrabudgetären Heilmitteln. Therapeuten, die diese neuen Regeln kennen, können sie auch ihren verordnenden Ärzten erklären. So unterstützen sie sie dabei, Patienten auch dann mit Heilmitteln zu versorgen, wenn die Budgets aufgebraucht sind.

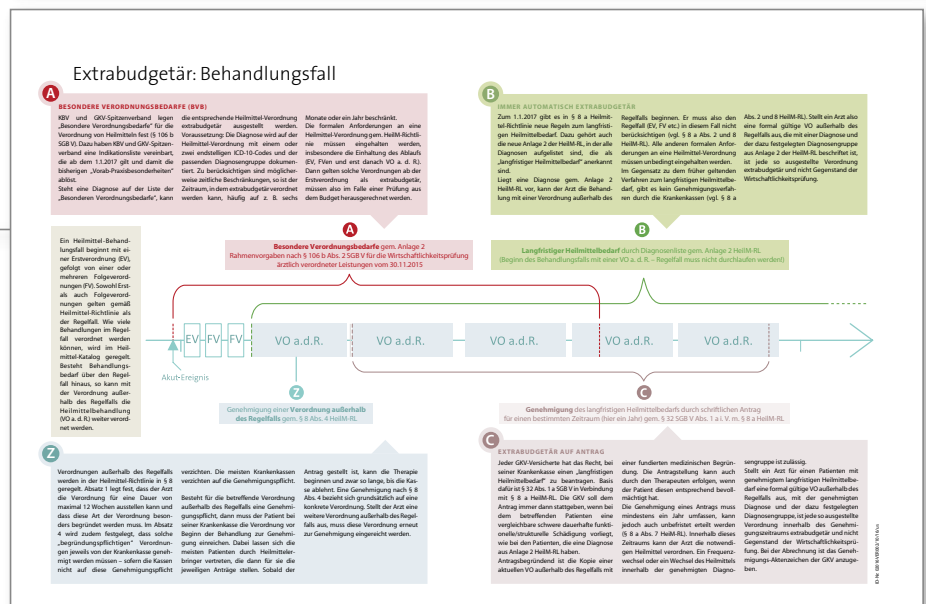
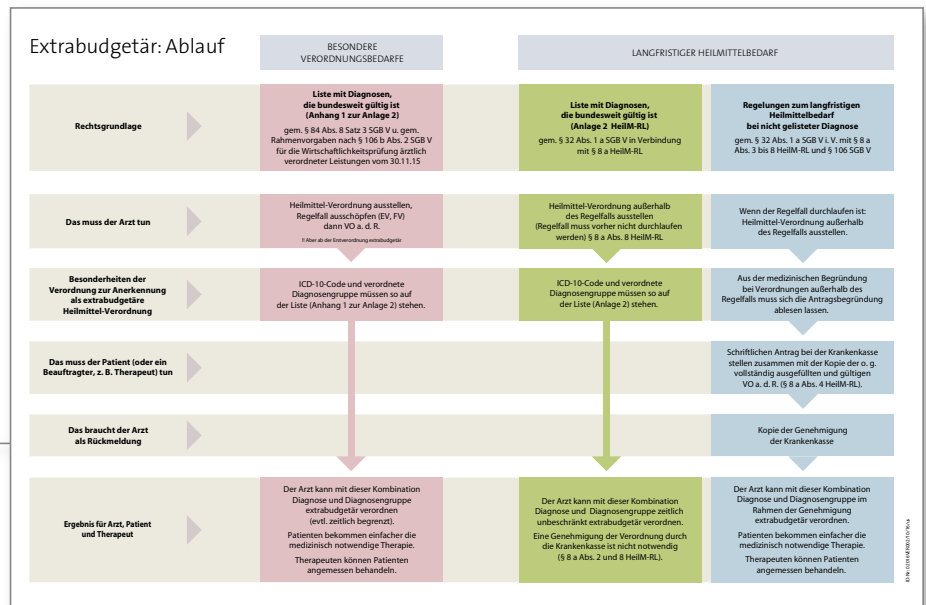
Wir haben zwei Info-Grafiken für kommende Arztgespräche vorbereitet.

01

Die erste Info-Grafik „Ablauf“ auf Seite 22 zeigt, wie genau Ärzte extrabudgetäre Verordnungen auslösen können. Wir stellen drei mögliche Wege vor (Besondere Verordnungsbedarfe – BVB, langfristiger Heilmittelbedarf – automatisch und auf Antrag) und beschreiben jeweils den Ablauf der Verordnung. Anhand dieser Checkliste können Therapeuten konkrete Verordnungen mit verordnenden Ärzten Schritt für Schritt durchgehen.

02

Die zweite Info-Grafik „Behandlungsfall“ auf Seite 24 spielt anhand eines Fallbeispiels die verschiedenen Möglichkeiten durch, extrabudgetär zu verordnen. Wir stellen hier die Verfahren einander gegenüber, sodass sich Unterschiede erkennen und besprechen lassen. Zusätzlich erläutert der dazugehörige Text kurz die rechtlichen Hintergründe. Therapeuten können Ärzten so den beispielhaften Behandlungsfall sowie die Zusammenhänge zwischen den Verfahren nahebringen. [bu]



Extrabudgetär: Ablauf

BESONDERE VERORDNUNGSBEDARFE

Rechtsgrundlage

Liste mit Diagnosen, die bundesweit gültig ist (Anhang 1 zur Anlage 2)

gem. § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V u. gem. Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.15

Das muss der Arzt tun

Heilmittel-Verordnung ausstellen, Regelfall ausschöpfen (EV, FV) dann VO a. d. R.

!! Aber ab der Erstverordnung extrabudgetär

Besonderheiten der Verordnung zur Anerkennung als extrabudgetäre Heilmittel-Verordnung

ICD-10-Code und verordnete Diagnosengruppe müssen so auf der Liste (Anhang 1 zur Anlage 2) 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 HeilM-RL)**

gem. § 32 Abs. 1 a SGB V in Verbindung
mit § 8 a HeilM-RL

**Regelungen zum langfristigen
Heilmittelbedarf
bei nicht gelisteter Diagnose**

gem. § 32 Abs. 1 a SGB V i. V. mit § 8 a
Abs. 3 bis 8 HeilM-RL und § 106 SGB V

Heilmittel-Verordnung außerhalb
des Regelfalls ausstellen
(Regelfall muss vorher nicht durchlaufen
werden) § 8 a Abs. 8 HeilM-RL

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.

Schriftlichen Antrag bei der Krankenkasse
stellen zusammen mit der Kopie der o. g.
vollständig ausgefüllten und gültigen
VO a. d. R. (§ 8 a Abs. 4 HeilM-RL).

Kopie der Genehmigung
der Krankenkasse

Der Arzt kann mit dieser Kombination
Diagnose und Diagnosengruppe zeitlich
unbeschränkt extrabudgetär verordnen.
Eine Genehmigung der Verordnung durch
die Krankenkasse ist nicht notwendig
(§ 8 a Abs. 2 und 8 HeilM-RL).

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.

ID-Nr: 02016/VER002/10/16/us

Extrabudgetär: Behandlungsfall

A

BESONDERE VERORDNUNGSBEDARFE (BVB)

KBV und GKV-Spitzenverband legen „Besondere Verordnungsbedarfe“ für die Verordnung von Heilmitteln fest (§ 106 b SGB V). Dazu haben KBV und GKV-Spitzenverband eine Indikationsliste vereinbart, die ab dem 1.1.2017 gilt und damit die bisherigen „Vorab-Praxisbesonderheiten“ ablöst.

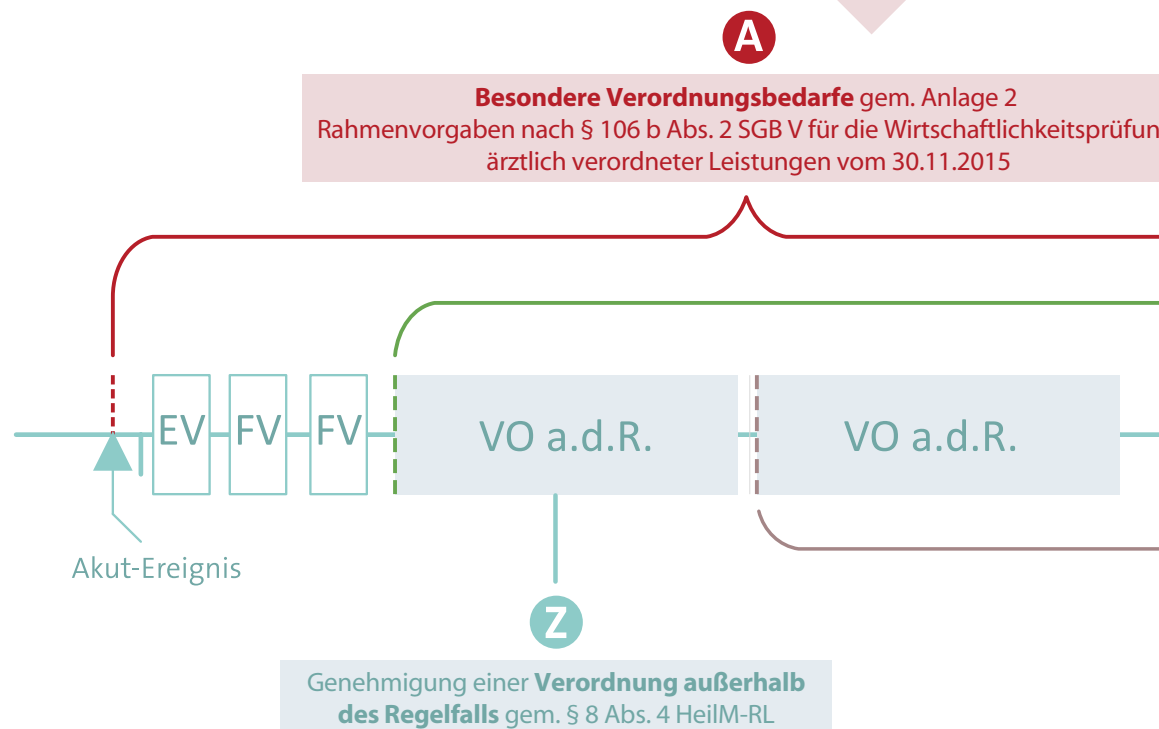
Steht eine Diagnose auf der Liste der „Besonderen Verordnungsbedarfe“, kann

die entsprechende Heilmittel-Verordnung extrabudgetär ausgestellt werden. Voraussetzung: Die Diagnose wird auf der Heilmittel-Verordnung mit einem oder zwei endstelligen ICD-10-Codes und der passenden Diagnosengruppe dokumentiert. Zu berücksichtigen sind möglicherweise zeitliche Beschränkungen, so ist der Zeitraum, in dem extrabudgetär verordnet werden kann, häufig auf z. B. sechs

Monate oder ein Jahr beschränkt.

Die formalen Anforderungen an eine Heilmittel-Verordnung gem. HeilM-Richtlinie müssen eingehalten werden, insbesondere die Einhaltung des Ablaufs (EV, FVen und erst danach VO a. d. R.). Dann gelten solche Verordnungen ab der Erstverordnung als extrabudgetär, müssen also im Falle einer Prüfung aus dem Budget herausgerechnet werden.

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 Heilmittelbringer 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**IMMER AUTOMATISCH EXTRABUDGETÄR**

Zum 1.1.2017 gibt es in § 8 a Heilmittel-Richtlinie neue Regeln zum langfristigen Heilmittelbedarf. Dazu gehört auch die neue Anlage 2 der HeiM-RL, in der alle Diagnosen aufgelistet sind, die als „langfristiger Heilmittelbedarf“ anerkannt sind.

Liegt eine Diagnose gem. Anlage 2 HeiM-RL vor, kann der Arzt die Behandlung mit einer Verordnung außerhalb des

Regelfalls beginnen. Er muss also den Regelfall (EV, FV etc.) in diesem Fall nicht berücksichtigen (vgl. § 8 a Abs. 2 und 8 HeiM-RL). Alle anderen formalen Anforderungen an eine Heilmittel-Verordnung müssen unbedingt eingehalten werden.

Im Gegensatz zu dem früher geltenden Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf, gibt es kein Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen (vgl. § 8 a

Abs. 2 und 8 HeiM-RL). Stellt ein Arzt also eine formal gültige VO außerhalb des Regelfalls aus, die mit einer Diagnose und der dazu festgelegten Diagnosengruppe aus Anlage 2 der HeiM-RL beschriftet ist, ist jede so ausgestellte Verordnung extrabudgetär und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

B

Langfristiger Heilmittelbedarf durch Diagnosenliste gem. Anlage 2 HeiM-RL
(Beginn des Behandlungsfalls mit einer VO a. d. R. – Regelfall muss nicht durchlaufen werden!)

**C**

Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs durch schriftlichen Antrag für einen bestimmten Zeitraum (hier ein Jahr) gem. § 32 SGB V Abs. 1 a i. V. m. § 8 a HeiM-RL

C**EXTRABUDGETÄR AUF ANTRAG**

Jeder GKV-Versicherte hat das Recht, bei seiner Krankenkasse einen „langfristigen Heilmittelbedarf“ zu beantragen. Basis dafür ist § 32 Abs. 1 a SGB V in Verbindung mit § 8 a HeiM-RL. Die GKV soll dem Antrag immer dann stattgeben, wenn bei dem betreffenden Patienten eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung vorliegt, wie bei den Patienten, die eine Diagnose aus Anlage 2 HeiM-RL haben.

Antragsbegründend ist die Kopie einer aktuellen VO außerhalb des Regelfalls mit

einer fundierten medizinischen Begründung. Die Antragstellung kann auch durch den Therapeuten erfolgen, wenn der Patient diesen entsprechend bevollmächtigt hat.

Die Genehmigung eines Antrags muss mindestens ein Jahr umfassen, kann jedoch auch unbefristet erteilt werden (§ 8 a Abs. 7 HeiM-RL). Innerhalb dieses Zeitraums kann der Arzt die notwendigen Heilmittel verordnen. Ein Frequenzwechsel oder ein Wechsel des Heilmittels innerhalb der genehmigten Diagno-

sengruppe ist zulässig.

Stellt ein Arzt für einen Patienten mit genehmigtem langfristigen Heilmittelbedarf eine formal gültige VO außerhalb des Regelfalls aus, mit der genehmigten Diagnose und der dazu festgelegten Diagnosengruppe, ist jede so ausgestellte Verordnung innerhalb des Genehmigungszeitraums extrabudgetär und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bei der Abrechnung ist das Genehmigungs-Aktenzeichen der GKV anzugeben.

2017 | Entlassmanagement erst ab Juli



Heilmittel-Verordnungen durch Krankenhausärzte immer noch kaum umsetzbar

Vertreter von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern konnten sich nicht auf Regeln für das Entlassmanagement einigen – deswegen hat ein Schiedsgericht entschieden. Die Änderungen kommen nun im Juli 2017, mit formalen und wirtschaftlichen Vorgaben für die Krankenhäuser. Die knappen Zeitvorgaben für Heilmittelverordnungen gelten weiterhin.

Patienten müssen sich nach dem stationären Krankenhausaufenthalt um vieles kümmern. Um ihnen das zu erleichtern, verpflichtet der Gesetzgeber Krankenhäuser ab Juli 2017, jedem ihrer Patienten ein Entlassmanagement anzubieten. Das soll garantieren, dass sich keine Lücken auftun, wenn Menschen von der stationären in die ambulante Versorgung wechseln. Zu diesem Zweck können (und müssen) Kliniken dann neben einem Entlassplan auch Krankschreibungen ausstellen sowie Arznei-, Verbands-, Hilfs- und Heilmittel verordnen. Über die angeordneten Maßnahmen informieren sie dann jeweils den Vertragsarzt des entlassenen Patienten.

Ab Juli 2017 gibt es Verordnungen aus dem Krankenhaus

Für Therapiepraxen bedeutet das: In Zukunft können Patienten mit Rezepten aus dem Krankenhaus in der Praxis erscheinen. Die Formulare sind dieselben wie bei niedergelassenen Ärzten. Erkennen können Praxisinhaber sie nur an der Betriebsstättennummer (BANR) des Krankenhauses, die neben der lebenslangen Arztnummer (LANR) auf der Verordnung abgedruckt ist.

Diese Vorgabe mussten GKV und KBV gegen den Widerstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durchsetzen. Die DKG hatte vor einem „bürokratischen Monster“ gewarnt. Das Bundesschiedsgericht musste schlichten und hat sich für die Kennzeichnung entschieden. Nun müssen schätzungsweise 50.000 Krankenhausärzte eine LANR beantragen und sich beim

Verordnen an die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit halten.

Auch gegen die Pflicht, das Entlassmanagement für alle Patienten anbieten zu müssen, hatte die DKG sich – vergeblich – gewehrt. Sie wollte das Angebot auf Patienten beschränken, die ein Entlassmanagement unbedingt benötigen. Es gilt nun aber für alle.

Weiterhin enge Zeitvorgaben für Heilmittelverordnungen

Nach Angaben der KBV legte das Schiedsamt fest, „dass für Verordnungen im Krankenhaus dieselben Regelungen gelten wie in der Arztpraxis“. Damit meinte sie vermutlich aber nur die Ausstellung der Verordnung. Denn Krankenhausärzte können, wie wir bereits berichteten, die Maßnahmen nur für einen sehr begrenzten Zeitraum verordnen. Medikamente verschreiben sie außerdem immer in der kleinsten Packungsgröße.

Für Heilmittel im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser gelten die Fristen der Heilmittel-Richtlinie (§ 16 a): Patienten müssen eine Therapie spätestens sieben Tage nach der Entlassung beginnen. Zwölf Tage nach der Entlassung muss die Therapie abgeschlossen sein. Danach verfallen alle weiteren Behandlungseinheiten.

Regelung ist für Heilmittel kaum umsetzbar

Es ist allerdings fraglich, wie viele Praxen so kurzfristig ausreichend Termine zur Verfügung haben und wie viele Patienten es nach einem kräftezehrenden Krankenhausaufenthalt hinbekommen, sich rechtzeitig darum zu kümmern. Schließlich können Therapeuten ihre Heilmittel nicht einfach in kleineren Verpackungen verkaufen. Viele der neuen Verordnungen werden also vermutlich verpuffen, weil sich schlichtweg keine Termine finden. ■

[mk]

Extrabudgetär verordnen lassen

Besondere Verordnungsbedarfe und Langfristigen Heilmittelbedarf zur besseren Patientenversorgung aktiv nutzen – und alle Änderungen in 2017 kennen.

Beim Thema extrabudgetäre Heilmittelverordnung ändert sich in 2017 einiges: So sind die Diagnosen für besondere Verordnungsbedarfe (bisher Praxisbesonderheiten) um viele wichtige Punkte ergänzt worden. Die Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf wird ab 2017 ausgebaut. Eine erweiterte Diagnosenliste und neue Regelungen in der Heilmittel-Richtlinie führen dazu, dass mehr Patienten behandelt werden können, ohne das Budget der Ärzte zu belasten.

Mit dem Thema „Budget“ wird früher oder später jeder Praxisinhaber bei seiner Arbeit konfrontiert. Wichtig ist dann, dass man weiß, welche Bedeutung die Regressdrohungen für den Arzt haben und welche Möglichkeiten es gibt, den Ärzten dabei zu helfen, extrabudgetär und somit ohne Angst zu verordnen.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar kennen Sie

- ▶ Grundlagen der Heilmittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte
- ▶ Regeln und Diagnosen der besonderen Verordnungsbedarfe
- ▶ regionale besondere Verordnungsbedarfe
- ▶ Regeln und Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs
- ▶ Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten bei der Antragstellung zum langfristigen Heilmittelbedarf
- ▶ Möglichkeiten der Kommunikation mit dem Arzt zum Thema extrabudgetäre Verordnung
- ▶ Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Arzt zur besseren Heilmittelversorgung

Nach diesem Seminartag werden Sie verstehen, warum Ärzte Angst vor Regressen haben, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Ärzte extrabudgetär verordnen können, und wie man das an seine Ärzte kommuniziert.

Zielgruppe

Praxisinhaber, leitende Angestellte und Rezeptionsfachkräfte, die in der Patientenberatung aktiv sind.

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag und leichte Pausenverpflegung



Referent Ralf Buchner

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden. Vor 30 Jahren die erste Praxisgründung im familiären Umfeld, heute als Geschäftsführer der Buchner & Partner GmbH immer unterwegs, um mit vielen zehntausend Kunden seinen Erfahrungsschatz hinsichtlich einer angemessenen Vergütung für Therapie zu teilen.

Termine

14.01.17 in Köln,
25.03.17 in Berlin
02.06.17 in Frankfurt
13.10.17 in Leipzig
08.12.17 in Nürnberg

Anmeldung unter:
Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de
Die Teilnahme kostet Euro 199,50
zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 199,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Absolut verzichtbar!

Der Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016



Ihren diesjährigen Report zur Heil- und Hilfsmittelversorgung gibt die Barmer GEK zum ersten Mal ohne die Kooperation mit der Uni Bremen heraus. Das Ergebnis ist pseudowissenschaftliche Propaganda für die Krankenkassen.

Gesundheitspolitiker können ihre Entscheidungen nicht einfach aus dem Bauch heraus treffen. Sie brauchen dazu Erkenntnisse, Zahlen, Fakten – und die erhalten sie vor allem aus der Versorgungsforschung, die Daten zum Gesundheitswesen liefert. Vielen gilt der Bereich der Heilmittel dabei als eher intransparent. Deswegen greift die Politik häufig auf die sogenannten Routinedaten der Krankenkassen zurück, die sie durch regelmäßige Analysen erheben.

In den vergangenen Jahren hat die Barmer GEK dabei Maßstäbe gesetzt, in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen. Ihr Heil- und Hilfsmittelreport lieferte nicht nur die allgemeinen Kennzahlen, sondern beschrieb auch, wie die Leistungserbringer Patienten mit bestimmten Krankheiten versorgten. Mit dem Report 2015 endete die Kooperation allerdings. Deswegen überraschte es, als im Oktober dennoch der Heil- und Hilfsmittelreport 2016 erschien.

Pseudowissenschaftliche Forschung

Der Bericht enthält jedoch keine neuen Erkenntnisse, dafür handwerkliche Fehler und fragwürdige Schlussfolgerungen. Wissenschaftliches Arbeiten? Fehlanzeige. Thesen

und Schlüsse der Barmer GEK stehen in keinem für den Leser erkennbaren Zusammenhang zu den zugrundeliegenden Analysen. All das nährt den Verdacht, dass die Aussagen, die der Bericht macht, von Anfang an feststanden.

Fachliteratur wird mehr oder weniger vernachlässigt

Jede wissenschaftliche Arbeit beginnt damit, dass der Autor relevante und aktuelle Literatur zum Thema recherchiert. Beim Report wird jedoch sofort klar: Die Literatur, die er angibt, trägt kaum dazu bei, Inhalte argumentativ abzusichern und die Grundlage für Thesen zu schaffen. Das zeigt sich auch im Umfang des Literaturverzeichnisses. Waren dort bisher bis zu 150 Publikationen aufgeführt, sind es 2016 lediglich 16. Und der Report verweist im Text nicht einmal auf alle diese Quellen.

Bericht behauptet: „Modellvorhaben beschleunigen Ausgabenanstieg“

Da ist es wenig verwunderlich, dass die Aussagen des Berichts nicht wissenschaftlich untermauert sind. So heißt es im Report, es sei zu befürchten, dass Modellvorhaben im Zusammenhang mit Heilmittel-Blankoverordnungen einen „ohnehin drohenden Ausgabenanstieg noch weiter beschleunigen“. Diese Verordnungen erlauben es Therapeuten, Art und Frequenz von Heilmitteln für bestimmte Indikationen selbst zu bestimmen und gelten daher vielen als die Vorstufe zum Direktzugang, den Therapeuten in einigen Ländern bereits erfolgreich praktizieren.

Zum Direktzugang betrachtete das ehemalige Autorenteam des Heil- und Hilfsmittelreports bereits im Jahr 2009 die einschlägige Literatur. Ihr Fazit: Behandlungsepisoden waren bei einem Direktzugang kürzer und günstiger als die Regelversorgung mit ärztlicher Überweisung. Zudem beobachteten die Forscher eine höhere Patientenzufriedenheit, weniger Arztkontakte und eine eher leitlinienorientierte Behandlung. Die Schlussfolgerung aus der wissenschaftlichen Literatur müsste also lauten: Durch den Direktzugang kann die Versorgung effektiver und effizienter werden.

Report bauscht vermutliche Kodierfehler in der Podologie auf

Auch an anderer Stelle sieht es so aus, als träfe der Bericht eine feststehende Aussage, ohne die Ergebnisse literaturgestützt zu diskutieren: im Bereich der Podologie, die Ärzte nachweislich immer noch zu selten verordnen. Der Report weist darauf hin, dass im Bereich Podologie Verordnungen für Indikationen vorliegen, für die die Kassen die Behandlungen nicht übernehmen. Tabelle 19 zufolge gehen 13 (!) von 18.176 Leistungen auf Erkrankungen des Nervensystems zurück und nicht auf das „Diabetische Fußsyndrom“, das podologische Verordnungen zulässt.

Bei einem derart geringen Anteil falscher Verordnungen handelt es sich vermutlich eher um Kodierfehler. Die Autoren des Reports scheinen zudem vergessen zu haben, dass Diabetes mellitus mit peripheren Nervenläsionen der Füße einhergehen kann.

Methoden bleiben schleierhaft

Wissenschaftler, die akkurat und korrekt arbeiten, erläutern detailliert die wissenschaftlichen Methoden, die sie verwenden.

Die Autoren halten sich hier sehr zurück. Auf Seite 53 beispielsweise heißt es: „Die Tabelle 11 zeigt die Kosten gewichtet nach den Marktanteilen der BARMER GEK in den einzelnen Bundesländern“. Es wird jedoch an keiner Stelle erläutert, was es mit der Gewichtung der Marktanteile auf sich hat. Dabei ist diese Kostenberechnung entscheidend für eine der Kernthesen des Reports: Ärzte würden in Regionen mehr verordnen, in denen es auch immer mehr Heilmittelerbringer gebe. Daraufhin werfen die Autoren die Frage auf, ob das an einer „angebotsinduzierten Nutzung“ von Heilmitteln liegt. Sie deuten damit also an, dass Ärzte dort nur deswegen mehr verordnen, weil es ein größeres Angebot seitens der Therapeuten gibt.

Schlampiges Handwerk: Rechenfehler...

Zu den handwerklichen Fehlern gehören falsche Berechnungen. Zum Beispiel heißt es: „Mehr als 50 Prozent der Leistungen in der Physiotherapie werden aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule verordnet, 52 Prozent der Leistungen resultieren aus Unfällen“ (Seite 51).

Außerdem setzt der Bericht die Anzahl der Leistungserbringer mathematisch in Bezug zur Einwohnerzahl – das ist nicht korrekt, denn die Kasse kann die Gesamtzahl der Therapeuten nicht verlässlich beziffern. Ihr liegt allenfalls die Anzahl der Leistungserbringer vor, die für Versicherte der Barmer GEK Therapien durchführen.

...und erfundene Daten

Ein weiteres Beispiel ist die Tabelle mit dem Titel „Versorgungsquoten bei Indikation Physiotherapie“ (Seite 59). Als Grundlage dienen also Indikationen – doch auch dazu können der Barmer GEK gar keine verlässlichen Daten vorliegen.

Denn eine Indikation lässt sich nicht einfach mit einer klar abgegrenzten Diagnose gleichsetzen. Die Heilmittelrichtlinie definiert sie vielmehr als „Verordnungsfähigkeit“ (Paragraf 3, Absatz 4). Sie ergibt sich aus einer Gesamtbeurteilung der funktionellen und strukturellen Schädigungen, der Fähigkeitsstörung und individueller Kontextfaktoren (Paragraf 3, Absatz 5).

Transparenz scheint kaum durch

Laut Autoren ist Transparenz das zentrale Thema und wichtigstes Ziel des Reports. Dieses Ziel erreicht der Bericht offenkundig schwerlich. Es scheint eher, dass die Barmer GEK die Ergebnisse vor allem ihren Interessen entsprechend darstellt. Eine inhaltlich und methodisch verlässliche und qualitativ hochwertige Versorgungsforschung für den Heilmittelbereich bleibt also weiterhin aus.



**mehr: Den kompletten Heil- und Hilfsmittelreport 2016 finden Sie auf www.presse.barmer-gek.de.
Gehen Sie auf Infothek
-> Studien und Reports
-> Heil- und Hilfsmittelreport**

AOKen und Ersatzkassen akzeptieren auch nach dem 1. Januar 2017 alte Verordnungsvordrucke

Ab 2017 gelten neue Heilmittel-Verordnungsformulare. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben den 1. Januar als festen Stichtag vereinbart – alte Vordrucke sind ab dann also ungültig. Die AOKen sowie der vdek haben jetzt Kulanzregelungen verkündet: Wenn Ärzte trotzdem auf alten Formularen verordnen, werden sie die die Verordnungen erst einmal nicht absetzen.

Ärzte dürfen ab dem 1.1.2017 nur noch auf neuen Verordnungsvordrucken Heilmittel verordnen. Die überarbeiteten Formulare haben im Gegensatz zu den bisher gültigen Verordnungen zwei statt wie bisher ein Feld für den ICD-10-Code. Ansonsten bleibt alles beim Alten.

Nun haben sowohl Krankenkassen als auch Therapeuten schon mehrfach die Erfahrung gemacht, dass es Ärzten manchmal schwer fällt, organisatorische Neuerungen zum vereinbarten Termin umzusetzen. Es könnte also sein, dass Patienten in Therapiepraxen auch nach dem 1.1.2017 noch Verordnungen auf alten Formularen vorlegen. Eigentlich müssten Therapeuten diese Verordnungen dann zurückweisen, mit dem Hinweis, der Vordruck sei mittlerweile ungültig.

Für AOK-Versicherte: Alte Vordrucke bleiben gültig

Der AOK Bundesverband hat zu dieser Fragestellung jetzt eine Stellungnahme abgegeben, die für alle AOKen gilt. Demzufolge geht die AOK zwar davon aus, dass die Ärzte sich an den Stichtag halten. Trotzdem werden die AOKen alte Verordnungsvordrucke, die nach dem 01.01.2017 ausgestellt und erbracht werden, nicht als fehlerhaft absetzen. Voraussetzung ist natürlich, dass die Verordnungen ansonsten alle formalen Vorgaben erfüllen.

Verordnung muss Diagnose oder ICD-10-Code enthalten

Auch was den Inhalt der Verordnungen angeht, legt sich der AOK Bundesverband fest: „Die Angabe einer Diagnose kann in Form eines oder mehrerer ICD-10-GM-Codes und/oder als Klartextangabe auf der Heilmittelverordnung erfolgen.“ Damit ist klar, dass ein fehlender ICD-10-Code kein Grund für eine Absetzung ist, so-

unternehmen praxis 12.2016

Daumen hoch für AOK und vdek: Bei den neuen Verordnungsvordrucken klappt das partnerschaftliche Miteinander von Therapeuten und Krankenkassen

Ein Kommentar von Ralf Buchner

AOK Bundesverband und vdek haben jeweils angekündigt, die alten Verordnungsvordrucke auch nach dem 1. Januar 2017 bis auf weiteres zu akzeptieren. Damit schaffen sie eine faire Regelung für den Übergang – so sollte die Zusammenarbeit zwischen Vertragspartnern aussehen.

lange die Diagnose im Klartext auf der Verordnung steht.

Der AOK Bundesverband verbindet seine Stellungnahme mit einer Bitte an alle Therapeuten: Sie sollen Ärzte, die versehentlich alte Formulare genutzt haben, darauf aufmerksam machen.

Nachtrag: Am Freitag, 4. November 2016 haben wir eine Rückmeldung vom Verband der Ersatzkassen (vdek) erhalten: Die Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, DAK-Gesundheit, KKH, HKK, HEK) werden die alten Verordnungsvordrucke maximal bis zum 30. Juni 2017 in der Abrechnung akzeptieren. Der vdek bittet Therapeuten darum, die Ärzte in einem solchen Fall zu kontaktieren und sie auf die veralteten Formulare hinzuweisen. Von weiteren Kassen haben wir noch kein Feedback erhalten. Bis auf weiteres gilt diese Kulanzregelung also ausschließlich für die AOKen und Ersatzkassen. ■ [bu]

Natürlich wissen Arztpraxen schon jetzt, welche Formulare für Verordnungen sie ab Januar brauchen. Zumindest könnten sie das wissen. Theoretisch. Das ist Ärztesfunktionären ebenso klar wie den Krankenkassen: In der Praxis überrumpelt jede Deadline den einen oder anderen – egal, worum es geht.

Es wird also sicher Ärzte geben, die im Januar noch veraltete Formulare ausstellen. Therapiepraxen empfangen dann Patienten, die Verordnungen auf diesen alten Vordrucken auf den Tresen legen – und aus allen Wolken fallen, wenn sie hören, dass ihr Rezept so nicht gültig ist.

Kulanzregel entlastet alle Beteiligten

Um solche Fälle zu vermeiden, ist die Kulanzregel des AOK-Bundesverbands und des vdek genau der richtige Weg.

Damit müssen Therapiepraxen nicht dem richtigen Formular hinterherlaufen und tragen nicht die wirtschaftliche Verantwortung für Fehler der Ärzte. Versicherte der AOKen und der Ersatzkassen (unter anderem Techniker Krankenkasse, Barmer GEK und DAK) kommen ohne Umwege zu ihrer Behandlung, auch wenn ihr Arzt alte Formulare verwendet hat.

AOK und vdek haben die möglichen Probleme erkannt – und sind auf ihre Vertragspartner zugegangen. Klasse, so sollte eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen aussehen. Auch wenn wir bei **up** oft über Krankenkassen meckern, in diesem Fall können wir nur sagen: Daumen hoch! Jetzt könnten sich die übrigen Kassen ebenso dazu durchringen, dem guten Beispiel der AOKen und des vdek zu folgen und vergleichbare Übergangsregelungen einzuführen.



Wir sorgen für
Nachdruck

buchner shop

Das richtige Polstermaterial für Kompressionsbandagen finden Sie unter www.buchner-shop.de

Buchner & Partner GmbH · Lise-Meitner-Straße 1-7 · 24223 Schwentinal · Telefon 0800 5999 666

Ihr Polstermaterial
jetzt neu im Angebot

buchner



Mehr Kompetenzen für Heilberufler

Vergütung, Akademisierung und
Ausbildung von Therapeuten



Im Paralympischen Dorf in Rio, in der internationalen Begrüßungszone, haben sich Physiotherapeutin der Rollstuhlbasketball-Nationalmannschaft Bärbel Börgel, Bundestagsabgeordneter Dr. Roy Kühne sowie Rollstuhlbasketball-Nationalspieler und Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit Dirk Köhler eingefunden. Im Gespräch mit **up** diskutieren sie über eine bessere Ausbildung, eine gerechte Vergütung sowie mehr Kompetenzen für Heilmittelerbringer.



Was stört Sie an der aktuellen Situation der Heilmittelerbringer?

KÜHNE | Therapeuten brauchen einfach mehr freie Hand. Aktuell stellen Ärzte eine Diagnose und verordnen daraufhin physiotherapeutische Maßnahmen. Die Patienten kommen mit ihrem Rezept dann in die Praxis. Stellen die Therapeuten vor Ort fest, dass beispielsweise Lymphdrainage für den Patienten viel geeigneter wäre als die verordnete Manuelle Therapie, dann geht das Hin und Her los. Der Physiotherapeut ruft beim behandelnden Arzt an und klärt ihn auf, dieser muss eine neue Verordnung ausstellen und erst dann gibt es die für den Patienten eine geeignete Behandlung. Das ist für beide Seiten ein enormer Aufwand.

BÖRGEL | Ja, das sehe ich auch so. Es ist ja auch Teil unserer Ausbildung, Kontraindikationen verordneter Maßnahmen zu benennen und geeignetere für die verschiedenen Krankheitsbilder zu ergreifen. Selbstständige Entscheidungen über die richtigen Therapien treffen zu können, ist ein wichtiger Schritt. Der viel besprochene First contact wäre da langfristig ein Traum von vielen Therapeuten. Aber ich glaube, dass das momentan aufgrund der unterschiedlichen Qualitäten in der Ausbildung schwierig wird. Ich selbst kann mir gut vorstellen, den First contact zu meinen Patienten zu haben. Das bedeutet: Die Patienten kommen zu mir in die Praxis, ich mache die Befundaufnahme und behandle sie entsprechend. Wenn ich einen schwierigen Fall vor mir habe, schicke ich ihn zurück zum Arzt. Ich traue mir zu, entscheiden zu können, was die Patienten benötigen. Ich glaube aber, dass es viele Therapeuten gibt, die das gar nicht möchten, weil die Ausbildungsbandbreite bei uns viel zu groß ist.

„Ich traue mir zu, entscheiden zu können, was die Patienten benötigen.“

KÜHNE | Ja klar, die gibt es mit Sicherheit.

BÖRGEL | Wir haben Leute, die mit 16 Jahren bereits die Ausbildung beginnen können und dann an irgendwelchen Privatschulen ausgebildet werden. Auf der anderen Seite sind da die Therapeuten, die ein Studium absolvieren. Diese werden viel eher für selbstständiges Arbeiten ausgebildet und eben nicht verschult. Ich habe sowohl eine Ausbildung, zahlreiche Fortbildungen sowie ein Studium abgeschlossen. Ich habe kein Problem damit, Patienten vernünftig zu

untersuchen. Aber es ist nicht in Ordnung, wenn ich dafür so schlecht bezahlt werde. In der Pflege zum Beispiel gibt es für eine Eingangsuntersuchung eine Vergütung.

Wie handhaben Sie das in Ihrer Praxis?

BÖRGEL | Wir haben in der Budgetierung sechs Behandlungseinheiten pro Rezept mit drin. Wenn ich dann in der ersten Einheit eine Befundaufnahme machen muss, sagen die Patienten: Ja, aber Sie müssen mich jetzt mal behandeln. Das war bei uns in der Praxis echt ein Kampf, bis die Patienten unser Vorgehen verstanden haben. Ich habe immer gesagt: Sie gehen doch auch nicht zum Zahnarzt, machen den Mund auf und er fängt dann einfach mal an zu bohren, ohne vorher zu gucken, welche Zähne eigentlich betroffen sind. Das kam dann auch an.

KÜHNE | Ja, aber den Begriff Befund gibt es nicht. Ärzte untersuchen und stellen eine Diagnose. Alles andere ist egal.

BÖRGEL | Aber wir befunden ja trotzdem.

KÜHNE | Das können Sie ja machen, aber das ist nicht der Anspruch. Das steht nicht auf dem Rezept. Es steht auch nirgendwo geschrieben, dass Sie das machen müssen.

BÖRGEL | Ja, aber eine Behandlung ohne Befund, das ist einfach nicht möglich und wäre fahrlässig.

KÜHNE | Der Präsident der Ärztekammer Montgomery würde dazu sagen: Dafür haben Sie die Diagnose. Es gibt im gesetzgebenden Prozess keinen Befund. Sie können den gesamten Paragraph 5 durchlesen, das gesamte SGB, es gibt den Begriff dort nicht.

BÖRGEL | Aber gibt es denn keine Möglichkeit, das zu verändern? Ich bin der Meinung, dass das von Nöten wäre, um eine qualitativ hochwertige Therapie für Patienten gewährleisten zu können. Eine ärztliche Diagnose reicht nicht aus, um eine differenzierte physiotherapeutische Behandlung durchzuführen. Nehmen wir den Bandscheibenvorfall L4/5 als Beispiel. Das sagt noch nicht aus, ob motorische Ausfälle,

„Eine ärztliche Diagnose reicht nicht aus, um eine differenzierte physiotherapeutische Behandlung durchzuführen.“

Einschränkungen oder sensible Ausfälle vorliegen oder nur lokal Schmerzen auftreten. International ist das einfach Standard, dass Physiotherapeuten erst einmal befunden und Befund sowie Behandlung dokumentieren. Es gibt dann eine ärztliche Diagnosestellung und eine physiotherapeutische Befundaufnahme. Und ohne Befund kann ich nicht behandeln. Da würde der Heilungsprozess ja noch viel länger dauern.

KÜHNE | Wenn wir internationale Vergleiche heranziehen, müssen wir uns auch die Ausbildung ansehen. Diese muss ganz neu konzipiert werden. Ansonsten würde ich momentan vielen Therapeuten in Deutschland nicht den First contact zutrauen. Deshalb stehen auch zuerst ein Modellversuch Blankoverordnung und eine Evaluierung der Ausbildungsverordnung an. Dann folgt die Akademisierung und anschließend können wir zertifizierten Therapeuten den Direktzugang gewähren.

Gibt es dafür denn Vorbilder?

BÖRGEL | Ich denke, für Deutschland könnte sich das amerikanische Modell eignen. In den USA gibt es Physical Therapists, also PTs und Physical Therapist Assistants, PTAs. PTs haben eine höhere Ausbildung als PTAs. Das heißt dann zum Beispiel, der PT macht die Befundaufnahme und behandelt, während PTAs nur die Behandlungen übernehmen. So ein Modell könnte ich mir auch für Deutschland vorstellen.

KÜHNE | Richtig. Wir müssen uns auch mehr bei der Wirtschaft anschauen. Da haben wir den Ingenieur, den Meister und den Gesellen. Diese Parallelstruktur hat sich in der Wirtschaft bewährt. Dort gibt es jemanden, der die Lage beurteilt und es gibt jemanden, der die Sache ausführt. Das funktioniert in der Kfz-Werkstatt gut. Das hat auch gar nichts mit Diskriminierung zu tun. Auch dort wird der Geselle entsprechend gut entlohnt und das funktioniert in der Physiotherapie ja aktuell überhaupt nicht. Deshalb gibt es diese Flucht nach vorne in Richtung Osteopathie und Heilpraktiker. Die meisten Physiotherapeuten sind sehr glücklich in ihrem Beruf, aber sehr unglücklich mit ihrer Entlohnung sowie ihrer gesellschaftlichen Anerkennung.

BÖRGEL | Absolut, das sehe ich auch so. Für mich als Praxisbesitzerin ist es häufig sehr schwer, gutes Personal zu finden. Ich bekomme auf eine Stellenausschreibung nicht mehr unzählige gute Bewerbungen. Ich habe auch gar kein Problem damit, meine eigenen

Leute auszubilden und denen die Chance zu geben, in den Beruf reinzuwachsen.

KÜHNE | Das ist unbedingt nötig. Wir arbeiten hingegen noch in einem verschulerten System, das die Therapeuten auch in eine gewisse Unselbstständigkeit bringt. Auf der anderen Seite verlangen wir aber gleichzeitig von jungen Menschen, die in die Wirtschaft gehen, eine hohe Selbstständigkeit. Wir müssen das Ausbildungssystem ändern und die erfahrenen Kräfte aus der Praxis abholen, indem wir auch berufs begleitende Praktika über einen längeren Zeitraum ermöglichen. Vielleicht wäre ein Ausbildungssystem wie in der Wirtschaft auch in der Therapie gut: Die Schüler gehen zur Schule und lernen dort die Theorie. Zudem arbeiten sie in Praxen und verinnerlichen dort das praktische Handwerkzeug von erfahrenen Therapeuten. Die Praxisinhaber können gucken und sagen: Ja, der passt nicht nur fachlich, sondern auch menschlich zu uns in Team.

BÖRGEL | Genau, wir bilden aus und übernehmen den Auszubildenden dann im Idealfall später.

KÜHNE | So können wir auch rechtzeitig das Problem Nachwuchssorge angehen. Das ist ja auch ein finanzieller Aspekt für die Schüler. Schulgeld ist einfach nicht mehr angemessen in einem der schlechtesten Berufe Deutschlands. Dazu kommen dann auch noch die hohen Kosten für Weiterbildungen. Wir müssen uns etwas einfallen lassen. Erst einmal muss die Entlohnung steigen, damit die Praxisinhaber auch bereit sind, in so etwas wie Ausbildungsgewerträgen zu investieren.

„Die Krankenkassen sehen nicht, was für ein großes Potenzial die Heilmittelbranche bietet: weniger Operationen, kürzere Wartezeiten und seltenerer Krankschreibungen.“

KÖHLER | Ich arbeite in der Bundesagentur für Arbeit im Gesundheitsbereich. Das heißt, ich vermittele unter anderem Physiotherapeuten. Aber wir fördern sie auch. Jemand, der eine Physiotherapieschule besucht und keine Weiterbildung Lymphdrainage hat, ist nun fast nicht vermittelbar, obwohl es einen großen Mangel an gutem Fachpersonal gibt. Dann zahlen wir in der Regel die Kosten für die vierwöchige Weiterbildung Lymphdrainage. Mithilfe dieser Bildungsgutscheine verbessern wir so die Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

KÜHNE | Über das Thema Bildungsgutscheine im Bereich Physiotherapie haben wir im Bundestag auch schon diskutiert. Das ist eigentlich Betrug am Steuerzahler. Denn der Markt ist momentan so, dass Praxen Personal suchen. Eigentlich müssten wir sagen, dass es diese Bildungsgutscheine für Lymphdrainage nicht mehr gibt. Die klassische Begründung für die Bildungsgutscheine lautet ja, dass die, die sie erhalten, sich so für den Arbeitsmarkt qualifizieren können. Aber im Bereich Physiotherapie haben wir kein Arbeitsmarktproblem, sondern eines mit der Ausbildung. Wir stellen also fest, dass wir Leute ausbilden, die anschließend auf dem Arbeitsmarkt mit ihrem Ausbildungsstand nicht gefragt sind.

„Im Bereich Physiotherapie haben wir kein Arbeitsmarktproblem, sondern eines mit der Ausbildung.“

KÖHLER | Ja, das sehe ich auch so. Die Chancen für Physiotherapeuten sind eigentlich überdurchschnittlich gut. Ich betreue die Praxen im Lahn-Dill-Kreis und die suchen alle händeringend nach Mitarbeitern und kriegen keine. In Gießen gibt es eine Schule, die 25 Plätze anbietet, Marburg dann noch mal sieben. Aber das war es dann auch schon. Das deckt bei weitem nicht den Bedarf an Mitarbeitern.

BÖRGEL | Das ist auch ein Trick, um Geld zu sparen. Die Ausbildung ist sehr teuer. Um sich dann selbst besser vermarkten zu können, gehen viele zur Agentur für Arbeit und lassen sich diesen Kurs bezahlen. Auch den Kurs Manuelle Therapie müssen die Physiotherapeuten zusätzlich zu ihrer Ausbildung absolvieren. Im Ausland beinhalten die Ausbildungen diese Zertifikatskurse. Das heißt, hier in Deutschland sind wir im Bereich der MT nach der Ausbildung nicht auf dem gleichen Stand wie in vielen anderen Ländern. Es kann einfach nicht sein, dass unsere Ausbildung hier drei bis vier Jahre dauert und dann müssen sich die Leute zusätzlich noch für unheimlich viel Geld und Zeit nachqualifizieren, damit sie im internationalen Vergleich mithalten können.

Wer stellt denn da gerade die Hürden auf?

KÜHNE | Dazu gibt es zwei Fragen, die wir beantworten müssen. Der erste Punkt ist, dass die Kollegen aus der Ärzteschaft, und das sind gerade die älteren aus den Verbänden, nicht die aus der Praxis, sagen: Wir stellen die Diagnosen, der Therapeut soll behan-

deln. Nun kann man darüber diskutieren, ob Wirbelsäulensyndrom eine Diagnose ist.

Zweitens sind die Krankenkassen aktuell nicht daran interessiert, höher qualifizierte Therapeuten und Behandlungen zu honorieren. Denn sie wissen, dass sie dem Meister mehr bezahlen müssten als dem Gesellen. Ein erstes Signal muss die Entkoppelung von der Grundlohnsumme sein. Also eine bessere Bezahlung als Motivation. Damit sich junge Menschen überhaupt wieder für den Beruf interessieren.

Es ist ganz klar die Aufgabe der Krankenkassen, Bereitschaft zu zeigen, in die Heilmittelberufe zu investieren. Wir werden uns eines Tages gar keinen anderen Weg leisten können, weil wir nicht mehr genug Ärzte haben. Die Krankenkassen haben einfach aktuell einen anderen Fokus: Ärzte und Krankenhäuser. Sie sehen nicht, was für ein großes Potenzial die Heilmittelbranche bietet: weniger Operationen, kürzere Wartezeiten und seltenere Krankschreibungen.

BÖRGEL | Ich glaube, viele sorgen sich, dass die Kosten explodieren, wenn es nur noch Blankoverordnungen gibt und die Therapeuten nun selbst entscheiden, was und wie viel sie behandeln. Im Ausland gibt es jedoch Studien, dass die Kosten gesenkt wurden oder zumindest gleichbleiben. Die Befürchtungen sind zwar da, bewahrheiten sich aber nicht.

„Ich glaube, viele sorgen sich, dass die Kosten explodieren, wenn es nur noch Blankoverordnungen gibt und die Therapeuten nun selbst entscheiden, was und wie viel sie behandeln.“

KÜHNE | Da muss ich korrigieren. Bei dem Modellversuch Direktzugang sind erst die Kosten gestiegen, dann wurden die Kollegen darauf hingewiesen, schließlich fielen die Kosten sogar unter den normalen Wert und jetzt pendeln sie sich im Normalbereich ein. Ich stimme zu. Das wird ein Lerneffekt sein. Ich verstehe die Kollegen auch: Erst wer weiß, dass er konstant gut bezahlt wird, legt eine Gelassenheit an den Tag.

BÖRGEL | Richtig. Erst wenn wir das Gefühl haben, wir werden leistungsgerecht bezahlt, werden wir gelassener. Auch die Nachwuchssorgen könnten sich dann legen und mehr junge Menschen in diesem Beruf halten. ■

[km]





Feuern, bevor die Hütte brennt

Betriebsbedingte Kündigung

Manchmal sehen Chefs keinen anderen Ausweg mehr aus einer misslichen wirtschaftlichen Lage, als Mitarbeiter zu entlassen. In Praxen mit mehr als zehn Arbeitnehmern gibt es für solche betriebsbedingten Kündigungen klare Regeln und Voraussetzungen. Und auch in kleineren Betrieben ist es aus sozialen Gründen nicht egal, wen Praxischefs feuern.



Die Praxischefin wackelt mit ihrem Bürostuhl. Ihre linke Hand schiebt einen kleinen bedruckten Papierstapel auf dem Schreibtisch hin und her, die Tinte darauf ist noch frisch. In der rechten Hand hält sie einen Kugelschreiber, dessen Mine sie immer wieder ein- und ausfährt. Klick. Klick. Klick. Sie klickt im Rhythmus der Wanduhr hinter ihr, auf die sie ständig schnelle Blicke wirft. Dann öffnet sich die angelehnte Tür knarzend und eine Mitarbeiterin betritt den Raum. Die Chefin kommt direkt zur Sache: „Es tut mir leid, ich muss dir kündigen.“

Dieser Schritt, das eigentliche Feuern, ist sicher der schwierigste der Kündigung – doch auch im Vorfeld müssen Praxisinhaber eine Menge beachten. Das gilt umso mehr, wenn sie betriebsbedingt kündigen. Das bedeutet, dass es keine Probleme mit einer Mitarbeiterin gab, sondern dass die Praxis einfach nicht mehr in der Lage ist, sie zu beschäftigen.

Kündigungsschutz in Praxen mit mehr als zehn Mitarbeitern

Für eine betriebsbedingte Kündigung gibt es relativ strenge Regeln und Voraussetzungen – zumindest, wenn in einem Betrieb zehn oder mehr Mitarbeiter arbeiten, Auszubildende nicht eingerechnet. Arbeitnehmer mit einer Arbeitszeit bis 20 Stunden zählen dabei als 0,5, solche mit nicht mehr als 30 Stunden als 0,75 Mitarbeiter.

Ein Beispiel: Eine Praxis hat zehn Angestellte Fünf davon sind Therapeuten, die 24 Stunden in der Woche arbeiten, also jeweils nur als 0,75 Mitarbeiter in die Rechnung eingehen:

$$5 + 5 \cdot 0,75 = 5 + 3,75 = 8,75$$

Die Praxis hat also formal 8,75 Mitarbeiter, damit gilt der Kündigungsschutz hier nicht.

In größeren Praxen gilt der Kündigungsschutz

In Praxen mit formal zehn oder mehr Arbeitnehmern genießen alle, die mehr als sechs Monate angestellt sind, Kündigungsschutz nach dem Kündigungsschutzgesetz (KSchG). Der Praxischef kann ihnen nur unter bestimmten Bedingungen kündigen:

- ▶ Aus Gründen in der Person des Arbeitnehmers, wenn ein Mitarbeiter also nicht mehr für seine Tätigkeit geeignet ist – weil er zum Beispiel seine Zulassung als Therapeut verloren hat.
- ▶ Aus Gründen im Verhalten des Arbeitnehmers, wenn ein Mitarbeiter beispielsweise die Praxis

bestiehlt, Patienten und Mitarbeiter sexuell belästigt oder in sozialen Medien rechtsextreme Parolen verbreitet.

- ▶ Aus betriebsbedingten Gründen – dazu unten mehr.

In Kleinbetrieben wiederum genügt es in der Regel, wenn beide Seiten sich an die vereinbarte Kündigungsfrist halten.

Gute Gründe für betriebsbedingte Kündigungen

Doch was sind „betriebsbedingte Gründe“ in einer Heilmittelpraxis? Prinzipiell gilt: Wenn die Praxis mehr Mitarbeiter hat, als sie für ihre Aufgaben benötigt, dann können „dringende betriebliche Erfordernisse“ vorliegen, die eine Kündigung trotz Kündigungsschutz rechtfertigen.

Die Kündigung muss zum einen dringlich sein. Es darf also keine Möglichkeit bestehen, die Mitarbeiterin auf einem anderen freien Arbeitsplatz oder an einem anderen Standort weiter zu beschäftigen. Vor allem müssen Praxisinhaber ihre Gründe im Zweifelsfall genau erklären und belegen können. Gegen eine schlecht begründete Kündigung könnten Ex-Mitarbeiter mit einer Klage Erfolg haben. Beispiele für Szenarien, in denen eine betriebsbedingte Kündigung denkbar ist:

- ▶ Ein Praxisinhaber besitzt zwei Praxen, muss eine davon schließen und hat in der anderen nicht genügend freie Stellen, um alle Therapeuten weiter zu beschäftigen.
- ▶ Eine Praxis schließt eine Abteilung, die sich nicht mehr rechnet, zum Beispiel eine Fitnesssparte mit eigenen Räumen und Coaches.
- ▶ Arbeitsabläufe ändern sich deutlich. Hat eine Praxis komplett auf Online-Terminvereinbarungen umgestellt und weite Teile der Organisation automatisiert, kann es zulässig sein, eine Rezeptions- und Verwaltungskraft zu entlassen.
- ▶ Immer weniger Patienten besuchen die Praxis, etwa, weil in der Region die Bevölkerung stark abnimmt. Deswegen haben Mitarbeiter Leerläufe und die Umsätze der Praxis brechen ein.

Die Qual der Sozialauswahl

Nicht immer ist allerdings eindeutig, wer in einer solchen Situation gehen muss. Gibt es nur eine Rezeptionskraft, deren Stelle wegfällt, ist die Sache klar. Arbeiten aber in einer großen Praxis zwei Physiotherapeutinnen mit denselben Qualifikationen und



Fortbildungen, darf die Praxisinhaberin nicht einfach willkürlich entscheiden, wen sie feuert. Sie muss eine sogenannte Sozialauswahl treffen. (§ 1 Abs. 3 KSchG) Bestimmte Kriterien entscheiden darüber, wer als am schutzbedürftigsten gilt:

- ▶ Wie lange Arbeit die Mitarbeiterin schon im Betrieb?
- ▶ Wie alt ist sie?
- ▶ Wie vielen Personen ist sie zum Unterhalt verpflichtet? Das bedeutet meistens: Wie viele Kinder hat sie, die auch in ihrem Haushalt leben?

Ein Beispiel: Kollegin A ist 48, seit zwölf Jahren in der Praxis angestellt und hat drei Kinder. Kollegin B ist kinderlos, 27 und arbeitet seit zwei Jahren in der Praxis. In diesem Fall muss Kollegin B gehen. Anders sähe es aber aus, wenn Kollegin B schwerbehindert wäre oder schwanger – in diesem Fall könnte die Praxisinhaberin ihr nicht kündigen. Will die Chefin eine Mitarbeiterin in Elternzeit entlassen, muss sie nachweisen, dass es für die Arbeitnehmerin auch nach der Elternzeit keine freie Stelle mehr gibt.

Achtung: Dieses Prinzip der sozialen Rücksichtnahme gilt genauso für kleinere Praxen mit weniger als zehn Mitarbeitern.

Ist die Kündigung nicht dringlich, die Sozialauswahl fehlerhaft oder es liegen gar keine betrieblichen Erfordernisse vor, war sie unwirksam. Dann können ehemaligen Mitarbeiter ihren Kündigungsschutz einklagen. Das müssen sie allerdings spätestens drei Wochen nach der Kündigung wahrnehmen.

Alternative: einvernehmliche Kündigung

Vorsicht ist geboten, wenn eine Praxis zwar nicht recht aus den roten Zahlen herauskommen will, darüber hinaus aber keine konkreten Gründe für eine betriebsbedingte Kündigung bestehen. Tatsächlich genügen Umsatzeinbußen alleine nicht, um den Kündigungsschutz auszuhebeln. In diesem Fall kann der Praxischef versuchen, sich einvernehmlich von einem Mitarbeiter zu trennen, zum Beispiel folgendermaßen:

- ▶ Er erklärt die Situation, und dass das Fortbestehen der Praxis in Gefahr ist: Wenn die Praxis schließen muss, verlieren alle Mitarbeiter ihren Job.
- ▶ Er plant rechtzeitig und hält die vereinbarte Kündigungsfrist ein – oder vereinbart einen

Kündigungszeitpunkt, der dem Mitarbeiter passt. Bei einvernehmlichen Kündigungen gelten keine festen Fristen.

- ▶ Er geht fair mit dem Mitarbeiter um, stellt ein ordentliches Arbeitszeugnis aus und trennt sich so, wenn möglich, im Guten. ■ [mk]

Formal korrekt kündigen

Dass eine Kündigung gerechtfertigt ist, ist nur der erste Schritt. Sie muss auch formal korrekt sein, damit der eventuell erboste Gefeuerte nicht rechtlich dagegen vorgehen kann. Egal, ob kleines oder großes Unternehmen, während oder nach der Probezeit und aus welchem Grund – das müssen Praxischefs dabei stets beachten:

- ▶ Sie müssen schriftlich kündigen. Das können sie entweder per Post erledigen oder dem Mitarbeiter die Kündigung persönlich überreichen. Aus dem Schreiben sollte eindeutig hervorgehen, dass es sich um eine Kündigung handelt – Formulierungen wie „hiermit kündigen wir das Arbeitsverhältnis mit ...“ sind also ratsam.

- ▶ Die Übergabe der Kündigung sollte sich nachweisen lassen. Der Postweg erweist sich in dieser Hinsicht als wenig zuverlässig. Selbst bei einem Einschreiben kann es passieren, dass der Mitarbeiter nicht zuhause ist, wenn es ankommt. Als sicherste Variante gilt es deswegen, die Kündigung persönlich und vor Zeugen zu überreichen.

- ▶ Unter der Kündigung muss die vollständige Unterschrift des Chefs stehen, die Initialen alleine genügen nicht. In Praxen ist meist nur der Inhaber kündigungs-berechtigt. Er kann das Unterschreiben dann also nicht delegieren.

- ▶ Der Praxischef muss die im Arbeitsvertrag vereinbarte Kündigungsfrist einhalten. Häufig beinhaltet das, dass er nur zum Ende des Monats kündigen kann. Bei einer Frist von drei Monaten kann er also, wenn er die Kündigung am 1. Februar überreicht, das Arbeitsverhältnis erst zum 31. Mai aufheben.

WIRKSAM ZUFRIEDEN GESUND



Intensivkurs in der Steiermark
Freuen Sie sich auf wirksames Lernen
und erfahrbare Positive Psychologie.

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSLEHRGANG KURS POSITIVE PSYCHOLOGIE

Level 1: Certified Professional
und 150 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

Positive Psychologie untersucht wissenschaftlich, was zu persönlichem Wachstum, gelungenen Beziehungen, nachhaltiger Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Glück führt. Diese Methoden sind lernbar, Sie wenden sie direkt an und verbessern so Ihre Resilienz und Ihre persönlichen Fähigkeiten zur Stressbewältigung – Sie und Ihr Team werden nachhaltig zufriedener und effektiver!
Das führt nachweislich zu mehr Lebensfreude, höherer Leistungsfähigkeit und besserer Gesundheit.

Diese Methoden erlernen Sie hier!

Bei uns immer inbegriffen
Reichhaltige Pausenverpflegung,
Zertifikatsgebühren, Skripte und
Photokolle



**Steinbeis-Transfer-Institut
Positive Psychologie und
Prävention**

der Steinbeis-Hochschule Berlin SHB

Boumannstraße 32
13467 Berlin
Telefon 030 36430590



Dr. Anke Handrock und Team

Dr. Anke Handrock ist Zahnärztin und seit über 20 Jahren Trainerin für wirksame Kommunikation in der Medizin. Sie leitet Ausbildungen für Positive Psychologie, Medical NLP und Systemische Praxisführung und coacht MVZs, Praxisteams, Ärzte, Zahnärzte und Therapeuten.

Maïke Baumann ist Diplom-Psychologin, Mediatorin, Coach und Trainerin für NLP und Dozentin Positive Psychologie. Sie arbeitet an Universitäten, in Betrieben und als Therapeutin mit Erwachsenen, Kindern und Familien..

Intensivkurs Berlin – Steiermark – Berlin

Teil 1 Berlin: 31. März – 02. April 2017

Teil 2 Steiermark: 25. Mai – 04. Juni 2017

Intensivkurs

Teil 3 Berlin: 29. September – 01. Oktober 2017

Ihre Investition: 2400,00 EUR (MwSt. befreit)

Nur als Gesamtveranstaltung buchbar.

inklusive Skripten, Photokolle und Zertifizierung
zzgl. Reise und Hotel zu Sonderkonditionen



Die Hauptstadturse:
tagsüber Kurs und
abends Berlin

4 Wochenendblöcke in Berlin

Teil 1: 16. – 19. Februar 2017

Teil 2: 4. – 7. Mai 2017

Teil 3: 8. – 11. Juni 2017

Teil 4: 5. – 8. Oktober 2017

Ihre Investition: 2.400 Euro (MwSt. befreit)

Nur als Gesamtveranstaltung buchbar.

Reise-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten
werden von den Teilnehmern selbst getragen.

www.pp-praevention.de

2017 Tipps

zum Jahresende mit denen Sie alle „Karteileichen“ finden

Der Jahreswechsel ist immer eine gute Gelegenheit, aufzuräumen. Im Laufe des Jahres verschwinden Verordnungen, ohne dass es jemand merkt. Im nächsten Jahr kümmert sich dann keiner mehr um das Vorjahr. Unter Umständen verliert die Praxis dann aufgrund der Verjährungsfristen eine Menge Geld. Sieben Tipps, um wirklich alle Verordnungen zu finden.



Ganz egal, wie gut die eigene Praxis organisiert ist – Verordnungen „verschwinden“. Therapeuten vergessen sie bei Haus- und Heimbisuchen. Originalverordnungen gehen zu Korrekturzwecken an Ärzte und Patienten zurück und bleiben dort. Oder sie werden zu echten „Karteileichen“. Das sind Verordnungen, die versehentlich in der Karteikarte bleiben und erst wieder auftauchen, wenn der Patient – womöglich nach Jahren – zu einer weiteren Behandlung erscheint.

Wer eine solche Verordnung später wiederfindet, dem hilft das jedoch nicht weiter. Die Rahmenverträge zwischen Kassen und Therapeuten legen klar fest, wie lange Leistungserbringern ihre Vergütung zusteht. In der Regel muss die Abrechnung einer Verordnung spätestens zwölf Monate nach Abschluss der Behandlung bei der Krankenkasse eingehen. Danach gilt sie als verjährt. Die Krankenkassen halten sich durchaus daran und verweigern die Zahlung, wenn Praxen zu spät abrechnen.

Was können Therapeuten tun?

Das Beste ist, wenn Verordnungen gar nicht erst verloren gehen. Das klappt aus den oben genannten Gründen leider nicht immer. Hier sieben Tipps, wie Sie Karteileichen am effektivsten wieder ausgraben:

Tipp 1: Plausibilitätscheck machen

Als Praxischef wissen Sie (idealerweise) ziemlich genau, wie viele Behandlungseinheiten ihre Mitarbeiter erbracht haben. Sie können also überschlagen, ob die abgerechneten Umsätze in einem plausiblen Verhältnis zur geleisteten Therapie stehen. Hätten Sie bei der Anzahl an Behandlungen eigentlich mehr Umsatz machen müssen? Dann lohnt es sich, nach Karteileichen zu suchen. Sie wissen nun auch bereits, um wie viele fehlende Verordnungen es geht.

Oft hilft es auch, einen solchen Check bei den Mitarbeitern zu machen, die sich auf Hausbesuche spezialisiert haben. Prüfen Sie, ob deren Arbeitszeit in einem sinnvollen Verhältnis zu den abgerechneten Leistungen steht.

Tipp 2: Praxisverwaltungsprogramm checken und aufräumen

Ein Blick in die Praxisverwaltungssoftware verrät Ihnen, ob dort Verordnungen hängengeblieben sind, weil zum Beispiel ein Patient nicht zur letzten Behandlung gekommen ist oder Sie auf eine Änderung des Arztes warten. Suchen Sie nach Verordnungen, die Ihr Team noch nicht abgerechnet und zudem beispielsweise seit mehr als sechs Wochen nicht mehr angefasst hat. Diese „alten“ Verordnungen, die Sie für aktuelle Behandlungen nicht mehr brauchen, können Sie jetzt entweder abrechnen oder wegschmeißen.



Tipp 3: Ablagekörbe leeren

In vielen Praxen gibt es nach wie vor einen Ablagekorb. Oft leert das Team ihn monatelang nicht. Der Jahreswechsel ist perfekt dafür geeignet, alle Ablagekörbe wieder auf null zu setzen, also zu leeren. Geben Sie ein klares Vorgehen vor: Ihre Mitarbeiter sollen alle Verordnungen aus dem Jahr 2016, die sie nicht mehr für eine aktuelle Behandlung benötigten, zwingend in die Abrechnung für 2016 überführen. Therapeuten, die glauben, der Patient würde sich nach drei Monaten Therapiepause wieder zurückmelden, können solche Behandlungen durch diese klare Ansage leichter beenden.

Tipp 4: Archivordner leeren

Noch mehr Verordnungen gehen in Aktenordnern verloren. Hier gilt dasselbe Prinzip wie bei den Ablagekörben: Filtern Sie konsequent alles heraus, was Ihre Mitarbeiter nicht mehr für aktuelle Behandlungen benötigen, und rechnen Sie es ab. Therapien, die mindestens für eine bestimmte – von ihnen festgelegte – Dauer pausieren, gehen in die Abrechnung.

Tipp 5: Karteikarten durchsuchen lassen

Auch Karteikarten sind ein gutes Versteck für nicht abgerechnete Verordnungen. Ergab der Plausibilitätscheck, dass tatsächlich mehr als ein paar Verordnungen fehlen, setzen Sie Ihre Therapeuten darauf an: Jeder soll die Karteikarten durchforsten, die er im laufenden Jahr dokumentiert hat. Dabei können die Mitarbeiter auch gleich Notizzettel oder andere Dingen, die sich versehentlich in die Karteikarte eingeschlichen haben, entsorgen. Vorher sollten Sie allerdings eine Checkliste aufstellen, was in der Karteikarte bleiben darf und was entsorgt werden soll. Wer clever ist, setzte eine Prämie für Mitarbeiter aus, die auf diese Weise Verordnungen finden.

Tipp 6: Absetzungen prüfen

Blättern Sie noch einmal systematisch durch ihre Absetzungen. Da gibt es bestimmt noch Fälle, bei denen Sie gegen die Absetzung vorgehen wollten, was im Tagesgeschäft liegengeblieben ist. Solange die Forderung noch nicht verjährt ist (was zwölf Monate nach der Behandlung geschieht), können Sie das einfach nachholen und haben gute Karten, Ihr Geld noch zu bekommen.

Tipp 7: Freischusstag einführen

Manchmal ist es den Mitarbeitern peinlich, dass sie monatelang übersehen haben, eine Verordnung in die Abrechnung zu geben. Das ist dann sogar so peinlich, dass auch eine kleine Prämie nicht reicht, um Karteileichen ans Tageslicht zu bringen. Stattdessen hilft das, was Bibliotheken machen, um ihre Bücher zurückzubekommen: Sie erlauben einen Freischuss. An einem bestimmten Tag oder innerhalb einer Freischuss-Woche wird niemand schief angesehen, der seine alten – ja, auch ganz alten – Fehler korrigiert. Sie als Praxischef garantieren, nicht einmal mit der Stirn zu runzeln. Stattdessen sagen Sie „Danke!“ und rechnen die Verordnung ab.

Zum Schluss die Frage: Lohnt sich das?

Ja! Denn jede Verordnung, die Sie zu Tage fördern und abrechnen können, ist purer zusätzlicher Gewinn. Viel Erfolg! ■ [bu]

Urteil zu Krankschreibungen **Ärzte** müssen Anspruch auf Krankengeld bestätigen

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf ein Krankengeld, wenn sie mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Diesen müssen sie sich jedoch von einem Arzt für den entsprechenden Zeitraum bestätigen lassen. Liegt jedoch schon ein Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes der Krankenkassen vor, reicht das als Bestätigung aus, entschied kürzlich das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (Az.: L 5 KR 578/15).

Wie die Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht des Deutschen Anwaltvereins (DAV) berichtet, war einem gelernten Schlosser und Schweißer während der Probezeit zum 30. November 2014 gekündigt worden. Mitte November erkrankte der Mitarbeiter, hauptsächlich aufgrund rheumatischer Beschwerden in den Füßen. Ein Chefarzt bescheinigte ihm seine Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenkasse veranlasste zudem eine Überprüfung durch den Sozialmedizinischen Dienst, der die Arbeitsunfähigkeit bestätigte. Zwischenzeitlich gab es weitere ärztliche Diagnosen, die zum gleichen Ergebnis kamen. Zum 24. Februar 2015 stellte die Krankenkasse dennoch

die Zahlung des Krankengeldes ein – mit dem Argument, der Arbeitnehmer habe nicht nahtlos weitere Bescheinigungen vorgelegt.

Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes reicht aus

Die dagegen eingereichte Klage hatte Erfolg. Das Sozialgericht in Gelsenkirchen gab zwar zunächst noch der Kasse Recht mit dem Hinweis, das Bundessozialgericht habe eindeutig festgestellt, dass die Arbeitsunfähigkeit lückenlos nachgewiesen werden müsse. Im vorliegenden Fall habe es aber eine Lücke von einem Tag gegeben. Allerdings hatten die Richter der Vorinstanz das Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes nicht berücksichtigt. Dieses stellte die Arbeitsunfähigkeit über die genannte Lücke von einem Tag hinaus fest. ■

[ks]



Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Nordrhein	Logopädie	RVO	01.11.2016	Behandlungsdatum
Brandenburg	Physiotherapie	IKK	01.09.2016	Verordnungsdatum
Bund	Podologie	Knappschaft	01.09.2016	Verordnungsdatum
Bund	Podologie	LKK	01.09.2016	Verordnungsdatum
Rheinland-Pfalz	Ergotherapie	RVO	01.09.2016	Verordnungsdatum
Saarland	Ergotherapie	RVO	01.09.2016	Verordnungsdatum
Sachsen-Anhalt	Logopädie	AOK	01.12.2016	Verordnungsdatum

Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen

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

Egal wie viele Stempel und Unterschriften Sie sich von den verordnenden Ärzten auf die Verordnungsvordrucke geben lassen, die Abrechnungsstellen der Krankenkassen finden immer wieder neue Gründe, ungerechtfertigt die Rechnung zu kürzen. Daran wird sich auch durch die neue ärztliche Verordnungs-Software ab 2017 nichts ändern. Seit Langem hat der Abrechnungstress bei den meisten Praxen Jahr für Jahr zugenommen. Jede noch so kleine Formalie muss eingehalten werden, die Abrechnungs-Bürokratie ufert mehr und mehr aus. Das muss aber nicht sein, denn wenn man die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen kennt, geht die Abrechnung plötzlich deutlich leichter.

Ihr Nutzen

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

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

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

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag und leichte Pausenverpflegung



Referent Ralf Buchner

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden. Vor 30 Jahren die erste Praxisgründung im familiären Umfeld, heute als Geschäftsführer der Buchner & Partner GmbH immer unterwegs, um mit vielen zehntausend Kunden seinen Erfahrungsschatz hinsichtlich einer angemessenen Vergütung für Therapie zu teilen.

Termine

06.01.17 in Hamburg

31.03.17 in Nürnberg

28.04.17 in Köln

07.06.17 in Osnabrück

07.07.17 in Leipzig

Anmeldung unter:

Telefon 04307 / 811 98 00 oder
info@buchner-consulting.de

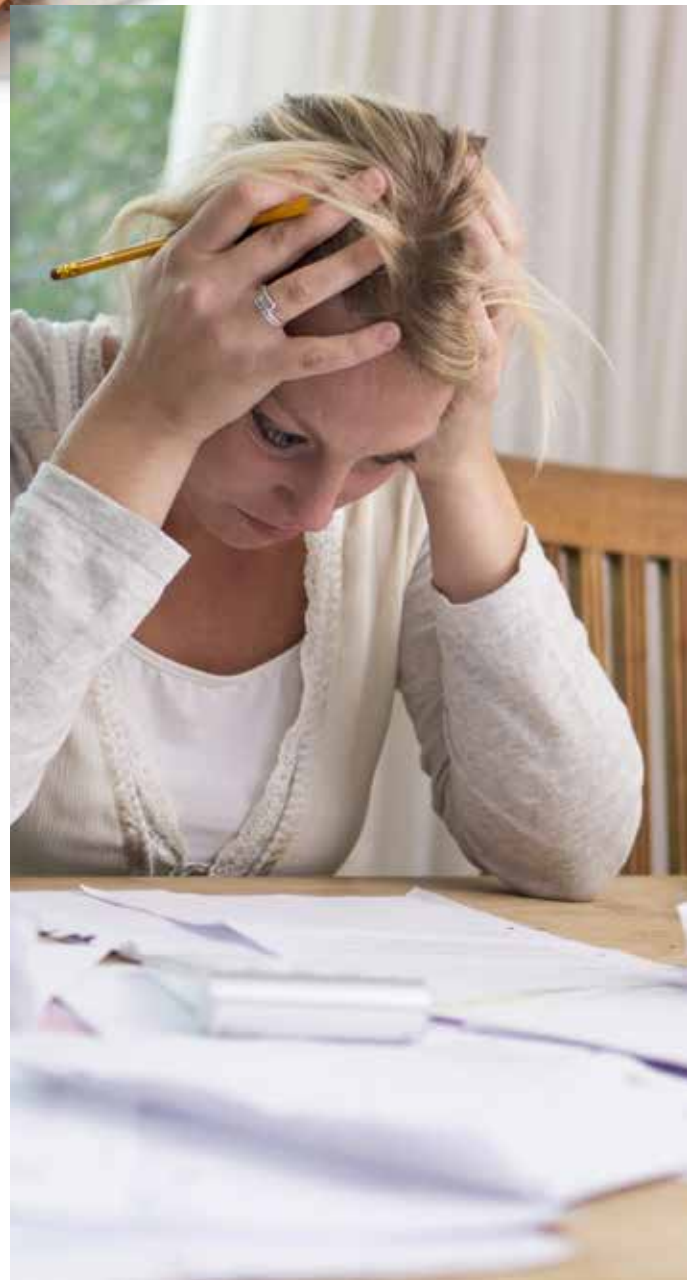
Die Teilnahme kostet Euro 199,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 199,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.



Auch 2017 müssen Therapeuten kein Kassenbuch führen

Zum Jahreswechsel 2016/2017 gelten neue Vorschriften für die Aufzeichnungspflichten bei elektronischen Kassensystemen. Davon sind Freiberufler allerdings nur in Ausnahmefällen betroffen. Trotzdem beunruhigen Gerüchte über vermeintlich neue Anforderungen an Kassenbuchführung einige Praxisinhaber. Doch kein Grund zur Sorge: Die Rechtslage ist einfacher als Sie denken.



Viel klarer geht es eigentlich nicht: Ein Urteil des Bundesfinanzhofs vom 16. Februar 2006 (Az. X B 57/05) legt eindeutig fest, dass es für Einnahmen-Überschuss-Rechner – und das sind die meisten Therapiepraxisinhaber – keine Verpflichtung gibt, ein Kassenbuch zu führen. Das hat damit zu tun, dass die sogenannten „Freien Berufe“ (hier also Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und Physiotherapeuten) nicht buchführungspflichtig sind.

Auch aus einer möglicherweise bestehenden Umsatzsteuerpflicht lässt sich keine Kassenbuchpflicht ableiten. Denn umsatzsteuerlich ist es bedeutungslos, ob Patienten die Beträge bar bezahlen oder auf das Konto überweisen. Insofern gibt es aktuell keinen Grund für eine Therapiepraxis, ein Kassenbuch zu führen.

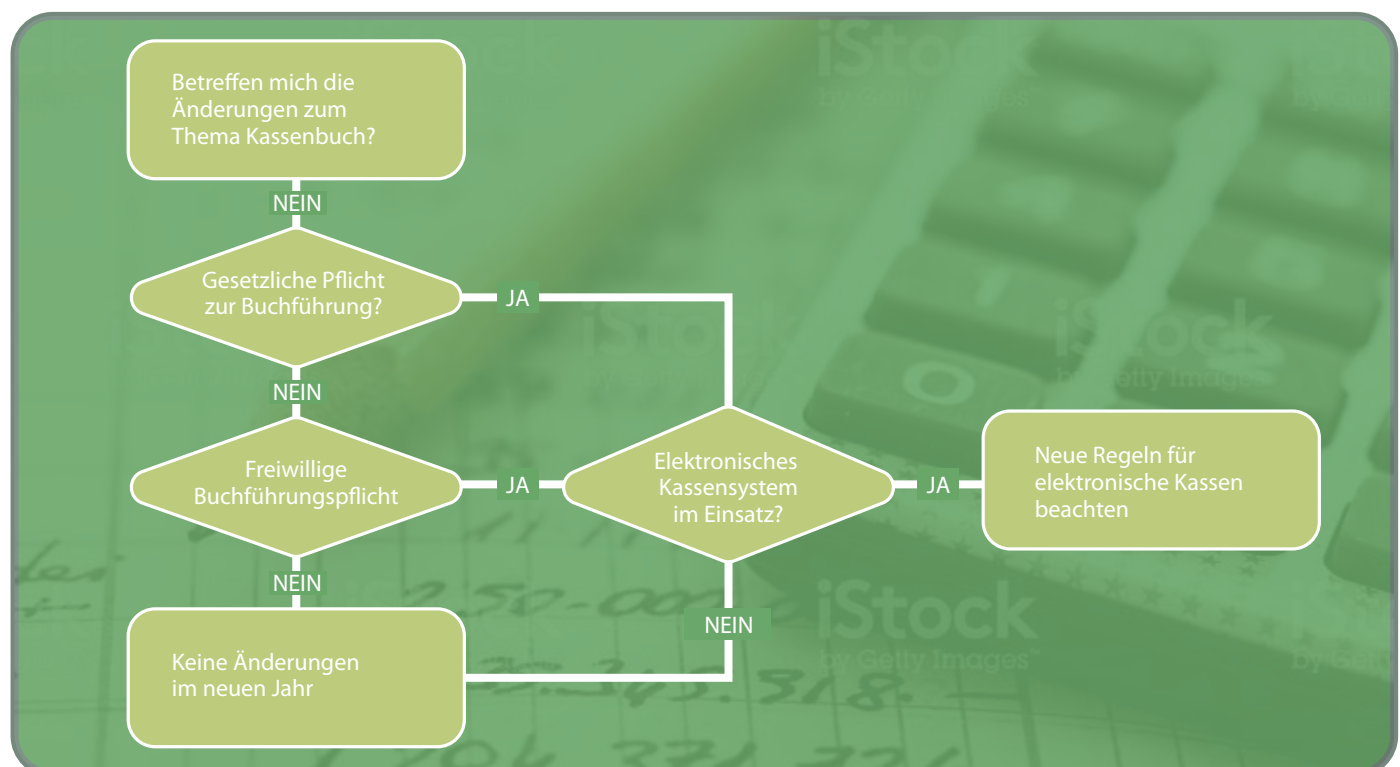
Neue Aufzeichnungspflichten – aber nicht für Therapeuten

Der Gesetzgeber will in einigen Branchen den jeweiligen Firmen besser ins Kassenbuch gucken können. Und zwar solchen, in denen regelmäßig und überwiegend Bargeldgeschäfte stattfinden und in denen die Gefahr besteht, dass Gelder in größerem Umfang am Fiskus „vorbei verdient“ werden. Deswegen gelten zum 1. Januar neue Regeln für die Aufzeichnungspflichten bei elektronischen Kassensystemen (siehe Box: Neue Aufzeichnungspflichten).

Abgesehen davon, dass Therapeuten rechtlich gesehen ohnehin kein Kassenbuch führen müssen, ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung, dass Therapeuten von der Neuregelung nicht erfasst sind. Schließlich finden in Therapiepraxen fast nie regelmäßig und überwiegend Bargeldgeschäfte statt. Das Zuzahlungs-Inkasso für die GKV ist wohldokumentiert und kaum als Bargeldgeschäft einzustufen. Privatpatienten zahlen selten bar, insofern greift die Neuregelung für Therapiepraxen nicht.

Handelsregister oder Gewerbebetrieb lösen Kassenbuchpflicht aus

Aber: Therapeuten, die sich freiwillig ins Handelsregister eintragen lassen oder einen zusätzlichen Gewerbebetrieb haben, der kein Kleinunternehmen ist, müssen ein Kassenbuch führen. Das Führen eines Kassenbuchs ist eine Formalie, die Therapeuten exakt einhalten müssen (siehe Box). Wenn das Kassenbuch nicht ordnungsgemäß geführt wurde, kann ein Betriebsprüfer die Bareinnahmen einfach schätzen. In einer Therapiepraxis müssen Inhaber vor solchen Schätzungen zwar keine Angst haben, weil sich durch Terminplaner und Verträge die Einnahmenseite recht lückenlos belegen lässt. Aber Verstöße gegen die Aufzeichnungspflicht können zusätzlich mit Bußgeldern von bis zu 25.000 Euro geahndet werden, und zwar ganz egal, ob ein steuerlicher Schaden entstanden ist oder nicht.





Wie werden Barumsätze aufgezeichnet?

Auch wenn Therapeuten gesetzlich nicht dazu verpflichtet sind, ein Kassenbuch zu führen, müssen sie ihre Umsätze (also auch ihre Bareinnahmen) vollständig aufzeichnen. Diese Aufzeichnungspflicht gilt immer, also auch für Barumsätze. Sie können in der Praxis auf verschiedenen Arten ermittelt werden:

- ▶ **Kassenbuch** (= geschlossene Kassenführung, gemäß den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung, GoBD)
- ▶ **Registrierkasse** (Elektronische Kasse, die für jeden Zahlungsvorgang die wichtigsten Angaben einzeln aufzeichnen und in Zukunft zehn Jahre unveränderbar abspeichert)
- ▶ **Offene Ladenkasse** (tägliches Kassenbericht, der die Einnahmen und Ausnahmen summiert)

Die Verbuchung beispielsweise der Zuzahlungen im Praxiscomputer ist damit kein Kassenbuch im Sinne der GoBD, und auch keine Registrierkassen, sondern dient nur zur Verwaltung und Dokumentation der betroffenen Vorgänge. Und das, was in den meisten Praxen als „Kassenbuch“ geführt wird, ist rechtlich gesehen eher eine „offene Ladenkasse“. Letztlich geht es darum, alle Ein- und Auszahlungen lückenlos und belegt für die Buchhaltung zusammenzufassen, damit der Steuerberater die Buchhaltung ordnungsgemäß erstellen kann.

Es gilt also: Nicht alles, was Kassenbuch genannt wird, ist im steuerrechtlichen Sinne ein Kassenbuch. Und das ist auch gut so, denn die Führung eines Kassenbuchs gemäß der GoBD ist aufwändig. Und wer ein Kassenbuch freiwillig führt, der unterliegt damit dann den gleichen Vorschriften, wie Unternehmer die buchführungspflichtig sind und bilanzieren müssen. Das ist mit hohem Aufwand verbunden und eher unnötig für normale Therapiepraxen (siehe Box).

Ganz konkret: Wenn Sie Zweifel haben, ob Ihre Barumsätze formal korrekt aufgezeichnet werden, sprechen Sie darüber mit Ihrem Steuerberater. Gehen Sie dabei das Ablauf-Diagramm gemeinsam durch, prüfen Sie inwieweit Sie buchführungspflichtig sind und wie Sie die notwendigen Arbeiten möglichst ohne großen Aufwand korrekt erledigen können. Und lassen Sie sich nicht verunsichern: Es gibt keine gesetzliche Pflicht zur Vorhaltung eines elektrischen Kassensystems! ■ [bu]



Kassenbuch – lieber nicht!

Das müssten Sie bei einer ordnungsgemäßen Kassenbuchführung alles zwingend beachten:

- ▶ Keine Buchung ohne Beleg
- ▶ Eine chronologische Reihenfolge ist notwendig
- ▶ Kassenaufzeichnungen müssen so geführt sein, dass Sie den Sollbestand jederzeit mit dem Ist-Bestand vergleichen können
- ▶ Eine regelmäßige Kassenprüfung (durch Nachzählen!) ist unerlässlich
- ▶ Einlagen, die nicht vom Bankkonto kommen, somit Privateinlagen, müssen immer nachvollziehbar sein – das heißt bei einer Betriebsprüfung müssen Sie gegebenenfalls nachweisen können, dass Sie über die Barliquidität verfügen beziehungsweise das Geld von Ihrem privaten Bankkonto abgegangen ist und Sie diese Einlage in die Kasse vorgenommen haben
- ▶ Der Kassenbestand darf nie negativ sein (eine Kasse kann nicht mehr als leer sein!)
- ▶ Geldverschiebungen zwischen Bank und Kasse müssen festgehalten werden (Geldtransit).
- ▶ Auch Privateinlagen und -entnahmen sind täglich aufzuzeichnen
- ▶ Private Vorverauslagungen und deren Erstattung aus der Kasse sind als Ausgabe zu erfassen (Datum ist der Tag der Auszahlung aus der Kasse)
- ▶ Eintragungen im Kassenbuch dürfen nachträglich nicht mehr verändert oder unkenntlich gemacht werden. Bei fehlerhaften Eintragungen wird eine Streichung so vorgenommen, dass die ursprüngliche Eintragung noch lesbar bleibt. Anschließend erfolgt eine Berichtigung mittels einer neuen Eintragung.
- ▶ Es darf keine willkürliche Tagesfolge geben: beispielsweise 16. Mai – 9. Mai – 17. Mai. Sollte die Verarbeitung eines Tages versehentlich unterblieben sein, muss das Kassenbuch neu verfasst werden
- ▶ Sie dürfen keine Leerzeilen lassen, müssen also fortlaufend untereinander schreiben
- ▶ Sämtliche Buchhaltungs- und Kassenbelege müssen zehn Jahre aufbewahrt werden.

Quelle: Armin Warth – Steuerberater

Hausbesuch

Unter Spezialisten

Für unsere „Hausbesuche“ fragen wir Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber aus ganz Deutschland, was sie zurzeit in ihrem Berufsleben bewegt. In diesem Monat sprechen wir mit Lea Czybulka, die in Meckenheim in Nordrhein-Westfalen 14 auf verschiedene Fachgebiete spezialisierte Physiotherapeuten beschäftigt.



Was ist das erste, was Sie heute Morgen in der Praxis getan haben?

CZYBULKA | Ich habe meine Mitarbeiter begrüßt, ihre Pläne kontrolliert und mich darum gekümmert, dass die ersten Patienten in Behandlung kommen.

Was wird heute Ihr letzter Arbeitsschritt sein, bevor Sie sich – auch mental – in den Feierabend verabschieden?

CZYBULKA | Ich fahre meinen PC herunter und verabschiede mich von allen Mitarbeitern. Dabei bedanke ich mich auch nochmal bei jedem einzelnen dafür, was er heute für eine Arbeitsleistung erbracht hat. Ich sage, dass ich stolz bin auf das, was er geleistet hat und benenne das auch konkret.

Welches war Ihr größter Erfolg als Praxischefs in der letzten Woche?

CZYBULKA | Wir haben einen weiteren Schritt gemacht in der Kooperation mit einer Physiotherapie-Schule. Die Schüler sollen praktischen Erfahrungen in meiner Praxis sammeln. Außerdem wurde ich für ein Mentoring für junge Unternehmerinnen angenommen, auf das ich mich beworben hatte – und kann schon diese Woche damit anfangen!

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

CZYBULKA | Nicht ganz zufrieden bin ich damit, wie ich Krankheitsfälle von Mitarbeitern kompensiere. Bislang belastet das das Team ein wenig – obwohl alle toll zusammenhalten und immer jemand direkt einspringt und übernimmt.

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

CZYBULKA | Ich würde mir wünschen, dass wir mehr Anerkennung und Möglichkeiten bekommen, dass wir zum Beispiel Verordnungsmengen selbst bestimmen können. Dafür sollten leitende Therapeuten dann auch regelmäßig Fortbildungen besuchen müssen. ■

[mk]

Die Praxis: Czybulka Physiotherapie

- ▶ Lea Czybulka übernahm im Jahr 2010 eine Privatpraxis in Meckenheim, Nordrhein-Westfalen, und machte daraus eine Praxis mit Kassenzulassung, Gruppenangeboten und Reha-Sport
- ▶ In der Praxis arbeiten neben Lea Czybulka 14 Physiotherapeuten und vier Verwaltungskräfte
- ▶ Jede Therapeutin der Praxis hat ein eigenes Spezialgebiet, zum Beispiel Kindertherapie, Lymphdrainage, Neurologie, Gynäkologie, Betriebliches Gesundheitsmanagement

Therapie mit und für Fingerspitzengefühl

Handrehabilitation in der Ergotherapie



Eine unbedachte Bewegung beim Bettenmachen, schon ist die Strecksehne gerissen. Ein kleiner Ausrutscher beim Zuschneiden des Fensters, und der Zeigefinger kann nicht mehr gebeugt werden. Nur zwei Beispiele von vielen, die der Saarbrücker Ergotherapeut Martin Krell aus seiner langjährigen Erfahrung mit Handverletzungen kennt. Schon ein kleiner Schnitt kann fatale Folgen haben – sowohl im Alltag als auch im Beruf. Daher ist schnelle Hilfe gefordert, auch bei der postoperativen Behandlung, um mit viel Fingerspitzengefühl die Handlungsfähigkeit wiederherzustellen.

Die Hand ist „das Instrument der Instrumente“, das stellte schon der griechische Philosoph Aristoteles fest. Auch Martin Krell war schon früh von der besonderen Bedeutung der Hand fasziniert. Nach seinem Ergotherapie-Abschluss 1988 arbeitete er vier Jahre lang im Kantonsspital im schweizerischen Olten. Dort war es üblich, dass die Therapeuten Handverletzungen mit Schienen und einem Trainingsprogramm für Zuhause behandelten. „In Deutschland“, erinnert sich der 55-jährige Praxisinhaber, „war das damals fast ausschließlich in Fachkliniken der Fall.“ Und auch heute sei Deutschland, trotz einiger Verbesserungen, strukturell immer noch nicht flächendeckend versorgt.

Lange Zeit wurde die Hand geschont

Das gelte Krell zufolge allerdings nicht für alle Regionen der Republik. „Es kommt darauf an, wo man lebt und an welchen Arzt man gerät“. Vor rund 70 Jahren hieß es nach einer Sehnenverletzung noch, die Sehne müsse geschont und der Finger ruhig gestellt werden. Die Folge: Es kam zu Verwachsungen, der Finger wurde steif und stand sichelförmig von der Hand ab. Erst in den 60er Jahren entwickelte der amerikanische Handchirurg Harold Kleinert eine Schiene, mit der vor allem bleibende Bewegungsdefizite und ein Wiederabreißen der Sehne verhindert werden konnte.

Nur äußerst langsam setzte sich heute in Deutschland die Erkenntnis durch, dass die postoperative Behandlung bei Handverletzungen frühestmöglich beginnen sollte – so wie das nach Hüft- und Knie-Operationen längst üblich ist. Krell versucht seit bald 20 Jahren, diese Erkenntnis durchzusetzen. Er legte bei der Eröffnung seiner Praxis für Rehabilitation 1997 in Saarbrücken den Schwerpunkt von Anfang an auf die Handtherapie. „Im Saarland wurden Handverletzte damals überhaupt nicht ergotherapeutisch betreut – mit meiner Praxis konnte ich also eine absolute Marktlücke besetzen“, so der Praxisinhaber. Der Bedarf sei auch heute noch riesig, doch das Vertrauen der Ärzte musste sich Krell erst erarbeiten.



Erste zertifizierte Weiterbildung erst 2009

Als Martin Krell sich für die Handtherapie entschied, konnte er sich noch nicht mit umfassenden Fortbildungsmöglichkeiten einen Vertrauensvorschluss sichern. „Es gab höchstens ab und an Schienenbaukurse und kleinere Kursangebote“, sagt der Ergotherapeut. Erst 2009 schloss die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e. V. (DAHTH) gemeinsam mit der Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) mit ihrem Weiterbildungskonzept diese Lücke. Martin Krell war ab 2001 Koordinator der Arbeitsgruppe Weiterbildung der DAHTH und an der Entwicklung des Weiterbildungskonzeptes maßgeblich beteiligt. Er gehörte zu den ersten sieben Therapeuten in Deutschland, die vor DGH und DAHTH ihre Prüfung ablegten.

Persönlicher Trainingsplan für zu Hause

Die Rehabilitation der Hand sei deswegen so komplex, so Krell, weil hier auf engstem Raum Muskeln mit Knochen, Bändern und Sehnen zusammenwirken. Ohne Handtherapie würde nach einem Unfall die innere Struktur der Finger häufig so verkleben, dass etwa Sehnen nicht mehr gleiten können. Spezielle Schienen schützen die Sehne, gewähren aber auch die nötigen Bewegungsmöglichkeiten, damit die Finger nicht steif werden. „Wir besprechen mit jedem Patienten seinen persönlichen Trainingsplan, den er zu Hause täglich mindestens zwei Mal für 20 Minuten üben kann“, erklärt der Ergotherapeut. „Wiederkehrende Kontrollen und Anpassungen gewährleisten die Effektivität.“

Ein Viertel der Handverletzungen sind Arbeitsunfälle

Etwa ein Viertel der Handverletzungen, die Krell in seiner Praxis behandelt, sind Arbeitsunfälle, häufig von Handwerkern. Da ist der Schweißer, der sein Handgelenk gebrochen und der Fräser, der sich in den Zeigefinger geschnitten hat. Doch auch medizinisches Personal ist vor Verletzungen nicht gefeit. „Kürzlich musste ich einen zuweisenden Handchirurgen behandeln, er war im Krankenhaus gestürzt und hatte sich den Unterarmknochen gebrochen – den Knochen, der bei Menschen am häufigsten bricht“, berichtet Krell.

Häufig seien zudem Freizeitunfälle, wie jener eines jungen Hobby-Fußballers, der sich beim Zupfen am Trikot die Daumensehne abriss. Natürlich kann eine Handverletzung aber jeden treffen: Krells Patienten reichen vom Vierjährigen, der versuchte, mit einem Messer eine Kokosnuss zu öffnen, bis zur 84-jährigen Seniorin, die stolperte und sich einen Finger brach.

Mehr als 10.000 Handbehandlungen jährlich

Insgesamt führen die Therapeuten in Krells Praxis 10.000 Handbehandlungen jährlich durch. Dafür beschäftigt der Praxisinhaber inzwischen zwölf Ergotherapeuten und acht Physiotherapeuten. Meist geraten bei Verletzungen der Hand auch Ellbogen und Schultern in Mitleidenschaft – da sei es hilfreich, dass beide Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. „Das resultiert noch aus meinen klinischen Erfahrungen“, erläutert der Praxisinhaber, „in Rehakliniken arbeiten Ergo- und Physiotherapeuten immer Hand



So werden Sie Handtherapeut

Wer sich auf Handtherapie spezialisieren möchte, muss eine Ausbildung machen, beispielsweise die der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e. V.

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie hat die DAHTH die Weiterbildung „Handtherapeut/-in DAHTH“ konzipiert, die sich sowohl an Ergo- wie auch Physiotherapeuten richtet. Sie umfasst 450 Unterrichtseinheiten – unterteilt in zwölf thematisch eigenständige Module.

Voraussetzung für die DAHTH-Weiterbildung ist eine staatlich abgeschlossene Ausbildung. Für die Zulassung zur Prüfung müssen alle Module erfolgreich absolviert und der Nachweis einer vierjährigen allgemeinen sowie einer zweijährigen fachspezifischen Berufserfahrung in der Handrehabilitation erbracht werden.

Die Module reichen von fachübergreifenden Inhalten wie „Evidenzbasierte Praxis“ über fachspezifische wie „Medizinisch-therapeutische Grundlagen“ bis hin zu fachpraktischen wie „Schienenbau“.

Die DAHTH-Weiterbildung dauert zwischen zwei und fünf Jahren. Gesamtkosten: etwa 6.000 Euro, für DAHTH-Mitglieder gibt es Rabatte.

mehr: www.dahth.de

in Hand.“ Ungewöhnlich sei in seiner Praxis nur, so Krell, dass die Zusammenarbeit unter ergotherapeutischer Leitung stattfände.

Behandlungsdauer beträgt in der Regel zwölf Wochen

Die akuten Fälle, die schnellstmöglich (zwischen dem dritten und fünften Tag nach dem Unfall) postoperativ behandelt werden müssen, machen etwa zehn Prozent aller Handbehandlungen aus – in Krells spezialisierter Praxis etwa die Hälfte der ergotherapeutischen Behandlungen überhaupt. Pro Woche kommen etwa zehn bis fünfzehn neue Patienten mit Handverletzungen in die Praxis, sieben bis acht davon sind akut.

Die Behandlung dauert in der Regel zwölf Wochen. „Budgetbedingt muss ich mit der Therapie häufig aufhören, wenn ich das Gefühl habe, die Hand ist zu 50 Prozent wiederhergestellt“, so der Praxischef. „Weitere Verbesserungen kommen dann im Alltag.“ Bei postoperativen Behandlungen reichen meist zwei Termine pro Woche, bei anderen Verletzungen nur eine.

Handtherapie und Handchirurgie gehören einfach zusammen

Wer sich als Handtherapeuten spezialisieren möchte, dem empfiehlt Praxisinhaber Martin Krell, das DAHTH-Konzept (siehe Infokasten). Es gebe keine Alternative zu dieser Weiterbildung. Wichtig sei vor allem, dass die relevanten ärztlichen Fachgesellschaften, allen voran die DGH, die Weiterbildung akzeptierten, so Krell. „Handtherapie und Handchirurgie gehören einfach zusammen!“ ■ [ks]



Praxis für Rehabilitation

Martin Krell

Malstatter Markt 11, 66115 Saarbrücken

Telefon: 0681 47 37 70

Mail: kontakt@rehapraxis-sb.de

www.rehapraxis-saarbruecken.de



Gut behütet in der Praxisorganisation



buchner shop

Anmeldungen, Patienteninformation, Behandlung oder Abrechnung: Immer die passenden Formulare für Ihren Praxiserfolg.

Stöbern Sie in unserem riesigen Angebot an rechtlich geprüften Formularen unter www.buchner-shop.de



Der Physio im Fokus

an allen Standorten von FiHH

BNA

B

ERF

HH

HD

MR

OS

M



Der neue Katalog
ist da!
Schon bekommen?
Sonst bestellen! ↓



FiHH

DAS FORTBILDUNGSINSTITUT

Medizinisch-therapeutische Fort- und Weiterbildung
bundesweit

Buchen Sie direkt hier
Ihr Seminar: fihh.de



040/23 27 05
info@fihh.de

