

zehn
jahre
unternehmen
praxis

up

02 | 2017

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen

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

Bilanz
Die Lymph-
Kampagne



Fast 68.000 Menschen fordern Korrektur der Lymphdrainage-Vergütung

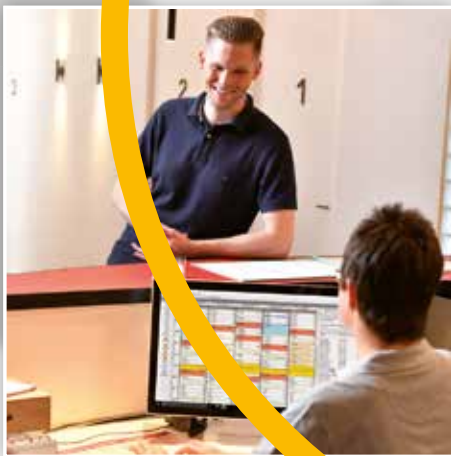
Wenn die PKV nicht zahlt:
Therapeuten müssen nicht auf
ihren Kosten sitzen bleiben

13 Fragen und Antworten:
Lösungstipps zu Problemen
mit neuen GKV-Verordnungen

Ein starkes Ich für jedermann:
Resilienz-Kurse – für sich selbst,
die Mitarbeiter und Patienten



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





Es regne Kompressionsbandagen!

☛ Als die Lymph-Petition sich ihrem glücklichen Ende zuneigte, haben wir überlegt, wie wir die Unterschriften schließlich an die Regierung übergeben sollen. 67.765 Kompressionsbandagen über dem Bundestag herabregnen lassen? Zu teuer. Und Umweltverschmutzung! Ein Bündel mit Polstermaterial und unseren Forderungen in einen stabilen Jutesack packen, an einen Pflasterstein binden und durch Hermann Gröhes Fenster im Gesundheitsministerium schleudern? Das bringt Aufmerksamkeit, verspielt aber vermutlich Sympathien. Außerdem würde die Polizei unsere Beutel-Lieferung auf chemische Kampfstoffe scannen und uns wegen Terrorverdachts festhalten.

Nein, wir entschieden uns für die unspektakuläre Variante: Wir haben ein symbolisches Paket mit dem Zug nach Berlin gefahren, wo es nun auf dem Weg zum Petitionsausschuss des Bundestags ist. Schließlich ist es spektakulär genug, wie viele Menschen wir hinter unsere Aktion gebracht haben. Fast 68.000! Und damit endet die Lymph-Kampagne nicht. In diesem Heft finden Sie den nächsten Schritt: Wir erklären, wie Therapiepraxen ihre MLD-Abrechnungserlaubnis für GKV-Patienten abgeben, wie Betroffene sich dann auf Selbstzahler-Basis behandeln lassen können und wie sie die Kosten trotzdem von der Kasse erstattet bekommen.

Wenn Sie sich dann schon mit Selbstzahlerei befassen, werfen Sie einmal einen Blick auf Ihre Privatpreise. Stecken sie noch irgendwo auf Beihilfe-Niveau fest wie zäher Bronchialschleim, während die Ärzte sich an Privatpatienten eine goldene Nasennebenhöhle verdienen? Dann blättern Sie durch diese Ausgabe und erfahren Sie, wie Sie Ihre Preise anheben, ohne Patienten zu verprellen, und wie Sie dem Märchen der PKV über die „üblichen Preise“ begeben.

In diesem Sinne: Wir wünschen Ihnen vergoldete Vergütung, glückliche Patienten und einen rundum erfolgreichen Monat.

Mit besten Grüßen,
Moritz Kohl, Redakteur

Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Post
Zum Kesselort 53
24149 Kiel



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Netz
www.up-aktuell.de

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

... sind **13 Fragen dazu**, was sich nach dem Jahreswechsel in Sachen Abrechnung geändert hat. Selbstverständlich liefern wir dazu auch Antworten und Lösungen auf Probleme, die damit einhergehen.

... sind **Ratschläge dazu**, wie konstruktive Kritik am besten bei Ihren Mitarbeitern ankommt – und wie Sie es von Anfang an vermeiden, dass ein Mitarbeitergespräch in Schweigen, Tränen oder zertrümmerten Einrichtungsgegenständen endet.

... ist das **Konzept einer Logopädin**, die sich auf die Behandlung von Demenzerkrankten spezialisiert hat. Bei einer Demenzerkrankung leidet meist von Anfang an auch die Kommunikation, wogegen die Logopädie einige Asse im Ärmel hat.

Impressum

up - unternehmen
praxis

Herausgeber
Ralf Buchner

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

Korrektorat
Ulrike Stanitzke

Verlag
Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53
24149 Kiel
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de

buchner

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkuhn, 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 schmolzeundkuhn.de; Moritz Kohl (3), Dennis Strassmeier (41), Andreas Kermann (43), Britta Weinbrandt (49, 50); istock: Gang Zhou, fotyma, Rostislav_Sedlacek (4), EkaterinaZakharova, shapecharge, FlairImages (5), Delpixart, KatarzynaBialasiewicz, sanjeri (6), cyano66, RapidEye (7), Kerrick (10, 12, 13), Ladida (16), maurusone (17), EkaterinaZakharova (20), izusek (24, 25), BraunS (26), Julia700702 (30), massimo1g (32), AntonioGuillem (33), PRImageFactory (36), valentinrussanov (37), fotostorm, Monkey Business Images (28), RaStudio (40), Peopleimages (41), vgajic (42), tetmc (46), londoneye (47), CREATISTA (48)

Passwort für www.up-aktuell.de:
p r i v a t

Schwerpunkt | Themen



10

13 Fragen zu GKV-Verordnungen
Antworten und Lösungstipps zu den Änderungen über den Jahreswechsel



24

Ein starkes Ich für jedermann
Resilienz-Kurse: für sich selbst, die Mitarbeiterbindung und Patientenberatung



42

Wenn die PKV nicht zahlt
Therapeuten müssen nicht auf ihren Kosten sitzen bleiben

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

Inhalt

- 03 Editorial**
Es regne Kompressionsbandagen!
- 06 Branchennews | Aktuelle Informationen**
- 08 Finanzierungsströme im Gesundheitswesen**
Heilmittelbranche in Zahlen
- 10 13 Fragen zu GKV-Verordnungen**
Antworten und Lösungstipps zu den Änderungen über den Jahreswechsel
- 14 Verordnungen außerhalb des Regelfalls**
Bei diesen Krankenkassen müssen Sie derzeit eine Genehmigung einholen
- 15 Therapeutenkammer | News und Termine**
- 16 Übergangsregelung für extrabudgetäre Lymphdrainage-Verordnungen**
- 17 Patienten müssen für Schnellschuss zahlen**
Ein Kommentar von Ralf Buchner
- 18 Lymph-Kampagne | Fast 68.000 Menschen fordern Änderungen**
- 20 Lymph-Kampagne fortsetzen | So erbringen Therapeuten MLD ohne Abrechnungserlaubnis für GKV-Versicherte**
- 24 Ein starkes Ich für jedermann | Resilienz-Kurse: für sich selbst, die Mitarbeiterbindung und Patientenberatung**
- 30 Wenn die PKV nicht zahlt**
Therapeuten müssen nicht auf ihren Kosten sitzen bleiben
- 32 Es waren einmal...die üblichen Preise**
Ein Kommentar von Ralf Buchner
- 33 How to: Privatpreise umsetzen**
- 36 up|Umfrage: Wie hältst du es mit abgelaufenen Verordnungen?**
- 40 Mitarbeiter kritisieren – aber bitte richtig**
- 42 Wer krank ist, muss in der Regel nicht zum Personalgespräch**
- 43 Hausbesuch | Zufrieden an fünf Standorten**
- 44 Online-Ratgeber für Chefs | Neue Mitarbeiter richtig melden**
- 46 Kein Streit um Brückentage**
Manchmal ist Betriebsurlaub eine Alternative
- 48 Kommunikation mit Demenz-Patienten**
Gerontologopädie: Sprachtherapie für ältere Menschen



Basiszinssatz unverändert bei minus 0,88 Prozent

Bundesbank veröffentlicht Grundlage für Verzugszinsen

Zum 1. Januar 2017 ist der Basiszinssatz von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht worden und liegt bei - 0,88 Prozent. Seit Juli 2016 ist er damit unverändert geblieben. Bereits seit Anfang 2013 weist der Basiszinssatz einen negativen Wert auf.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches dient als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen, gem. § 288 Absatz 1 Satz 2 BGB. Er verändert sich zum 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres um die Prozentpunkte, um welche seine Bezugsgröße seit der letzten Veränderung des Basiszinssatzes gestiegen oder gefallen ist.

Das bedeutet, dass sich bei säumigen Privatpatienten der aktuelle Zinssatz aus dem Basiszinssatz in Höhe von - 0,88 + 5 = 4,12 Prozent zusammensetzt. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z. B. Krankenkassen oder eine Firma) beträgt der Verzugszins - 0,88 + 9 = 8,12 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten, Firmen und Krankenkassen, die mit ihrer Zahlung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen.

Service: Auf Wunsch informiert Sie die **up|plus Hotline** gern, auf welche Formalien Sie achten müssen.



Physiotherapeuten gesucht: Zahl der offenen Stellen stieg auch im Jahr 2016

Der Fachkräftemangel in der Physiotherapie scheint sich auch im Jahr 2016 fortgesetzt zu haben. Nach den aktuellen Arbeitsmarktzahlen der Bundesagentur für Arbeit lag die Zahl der offenen Stellen für Physiotherapeuten im Dezember 2016 bundesweit um mehr als zwölf

Prozent höher als im Dezember 2015. In Westdeutschland waren es 11,8 Prozent mehr, in den neuen Bundesländern 13 Prozent. Dagegen verringerte sich die Zahl der Arbeitslosen (minus 8,7 Prozent) und die der Arbeitssuchenden (minus 7,4 Prozent).



S3-Leitlinie: Supportive Therapie bei onkologischen Patienten

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie erschien erstmals die S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“. Federführend waren die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) in der Deutschen Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) sowie die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO). Die Autoren wollen mit der neuen Leitlinie nach eigenen Angaben die Grundlage für eine deutschlandweite Standardisierung wichtiger Themen bei der fachübergreifenden Behandlung von Komplikationen und Nebenwirkungen der Krebserkrankung und der onkologischen Therapie schaffen.



mehr: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de> -> Leitlinien -> Supportive Therapie

Studie „Faktencheck Rücken“: In Deutschland wird zu oft geröntgt

In Deutschland röntgen Ärzte bei Rückenschmerzen zu schnell und zu oft. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie „Faktencheck Rücken“ der Bertelsmann Stiftung. Das liege auch an falschen Kenntnissen und Erwartungen der Patienten, welche Ärzte häufiger korrigieren müssten. 60 Prozent der Befragten erwarteten, dass sie bei Rückenschmerzen schnellstens eine bildgebende Untersuchung erhalten. Fast 70 Prozent sind der Meinung, dass der Arzt durch bildgebende Diagnostik die genaue Ursache ihres Schmerzes findet.

Von den jährlich mehr als 38 Millionen Besuchen bei Haus- und Fachärzten seien viele vermeidbar. Das gelte erst recht für viele der dabei veranlassten sechs Millionen Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen. Diese Praxis widerspreche den medizinischen Leitlinien, die zunächst eine konservative Behandlung und erst später bildgebende Untersuchungen empfehlen. Das Arzt-Patienten-Gespräch müsse wieder mehr Gewicht erhalten, betonen die Studienautoren und fordern Korrekturen im ärztlichen Vergütungssystem.

mehr: www.bertelsmann-stiftung.de – geben Sie in die Suchmaske „Faktencheck Rücken“ ein.

Studie: Jeder dritte Bandscheiben-Patient wird vor- schnell operiert

Bei jedem dritten Bandscheiben-Patienten operieren Ärzte vorschnell, ohne vorher alle konservativen Behandlungsmethoden ausgeschöpft zu haben. Das ist das Ergebnis einer Studie des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Die Gesundheitsökonominnen befragten mehr als 6.000 Versicherte der Barmer GEK, die 2014 und 2015 an der Bandscheibe operiert wurden. Vor allem berufstätige Männer mittleren Alters entschieden sich für eine verfrühte OP, da sie befürchteten, ansonsten ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können.

Die Ärzte, die diese vorzeitigen Eingriffe ausführten, handelten damit allerdings gegen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, kritisieren die Studienautoren. Bei einem Drittel der Befragten hätten sie vor einer Operation die konservativen Therapieverfahren nicht konsequent verfolgt. Diejenigen, die sich vor einem Eingriff eine Zweitmeinung eingeholt hatten, seien häufiger konservativ therapiert worden.

mehr: Sie finden die komplette Studie unter www.gesundheitsmonitor.de -> Studien

Gemeinsames Forschungs- symposium von dbs und dbl in Berlin

Unter dem Motto „Kompetenz in Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie“ laden der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) und der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) am 18. März 2017 von 10:00 bis 16:00 Uhr zu ihrem 6. gemeinsamen Forschungssymposium ein. Referenten von verschiedenen Hochschulen stellen die Ergebnisse ihrer Bachelor-, Master-, und Promotionsarbeiten vor. Die Veranstaltung in der Humboldt-Universität zu Berlin richtet sich an alle Interessierten aus einschlägigen Studiengängen, Wissenschaft und Praxis. Die Teilnahmegebühr beträgt 20 Euro (für Studierende zehn Euro).

mehr: Anmelden können Sie sich bis zum 10. März per Mail an forschungssymposium@dbl-ev.de. Das Programm finden Sie über die Meldung vom 11.01.2017 unter www.dbs-ev.de -> Weitere Meldungen.



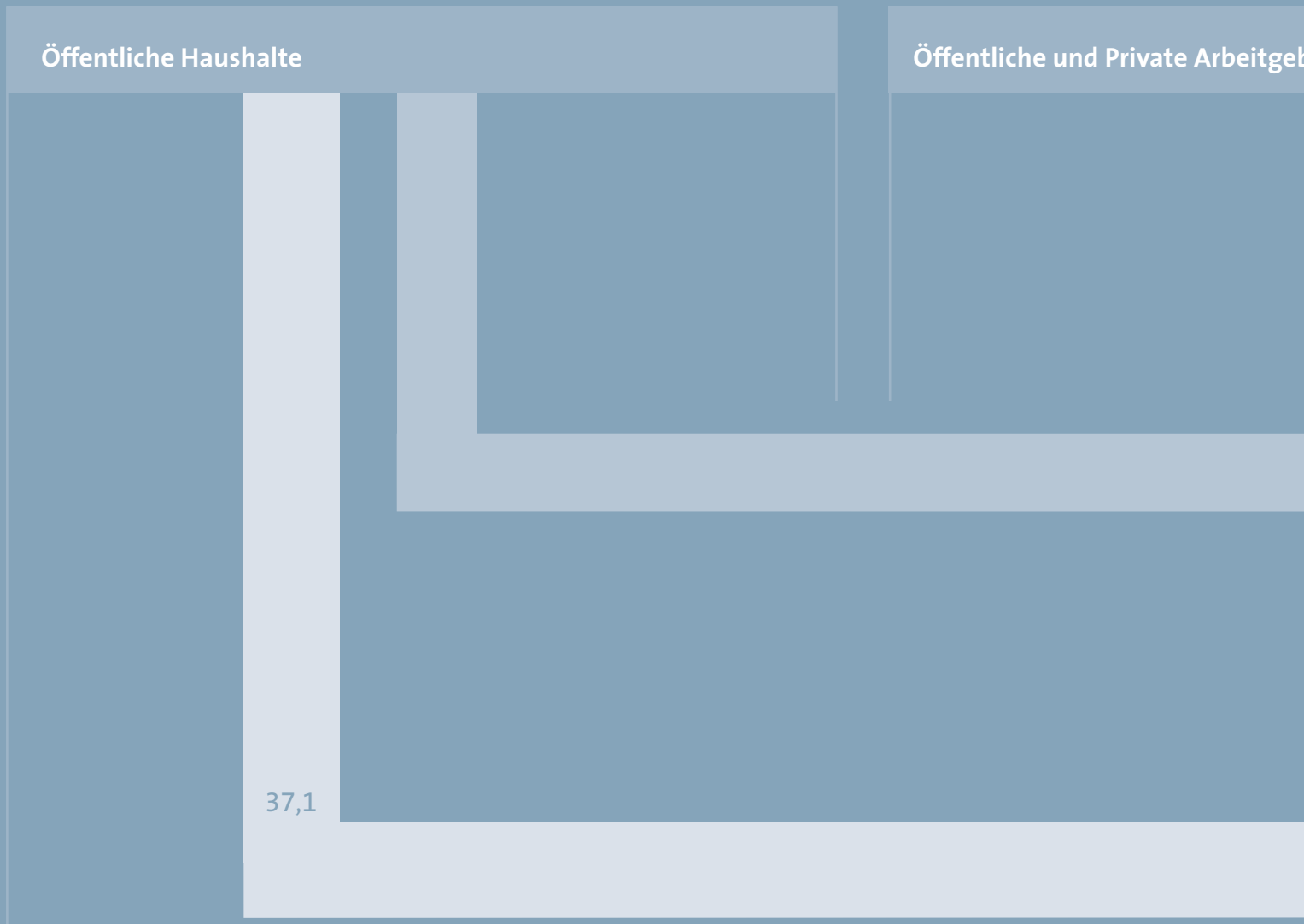
Neue Broschüre zur „Sprachtherapie bei Demenz“

Unter dem Titel „Sprachtherapie bei Demenz“ hat der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) eine neue Broschüre für Patienten und deren Angehörige herausgebracht. Auf rund neun Seiten informiert sie über das Sprachverhalten demenzkranker Menschen und gibt konkrete Tipps zur Alltagskommunikation und zur Ernährung für Betroffene und Angehörige.

mehr: Sie können die Broschüre kostenlos herunterladen unter www.dbs-ev.de -> Informationsbroschüren -> Demenz



Finanzierungsströme im Gesundheitsw



Privathaushalte geben viel Geld für die Gesundheit aus

Die Gesetzliche und Privaten Krankenversicherungen kommen für den Großteil der laufenden Gesundheitsausgaben auf. Doch trotzdem finanzieren die privaten Haushalte fast 15 Prozent der Gesundheitsausgaben direkt. 45,8 Milliarden Euro bezahlen private Haushalte direkt an die Leistungserbringer – ohne dass dafür eine Versicherung oder eine Erstattungsstelle aufkommen würde. In diesen 45,8 Milliarden Euro sind auch die

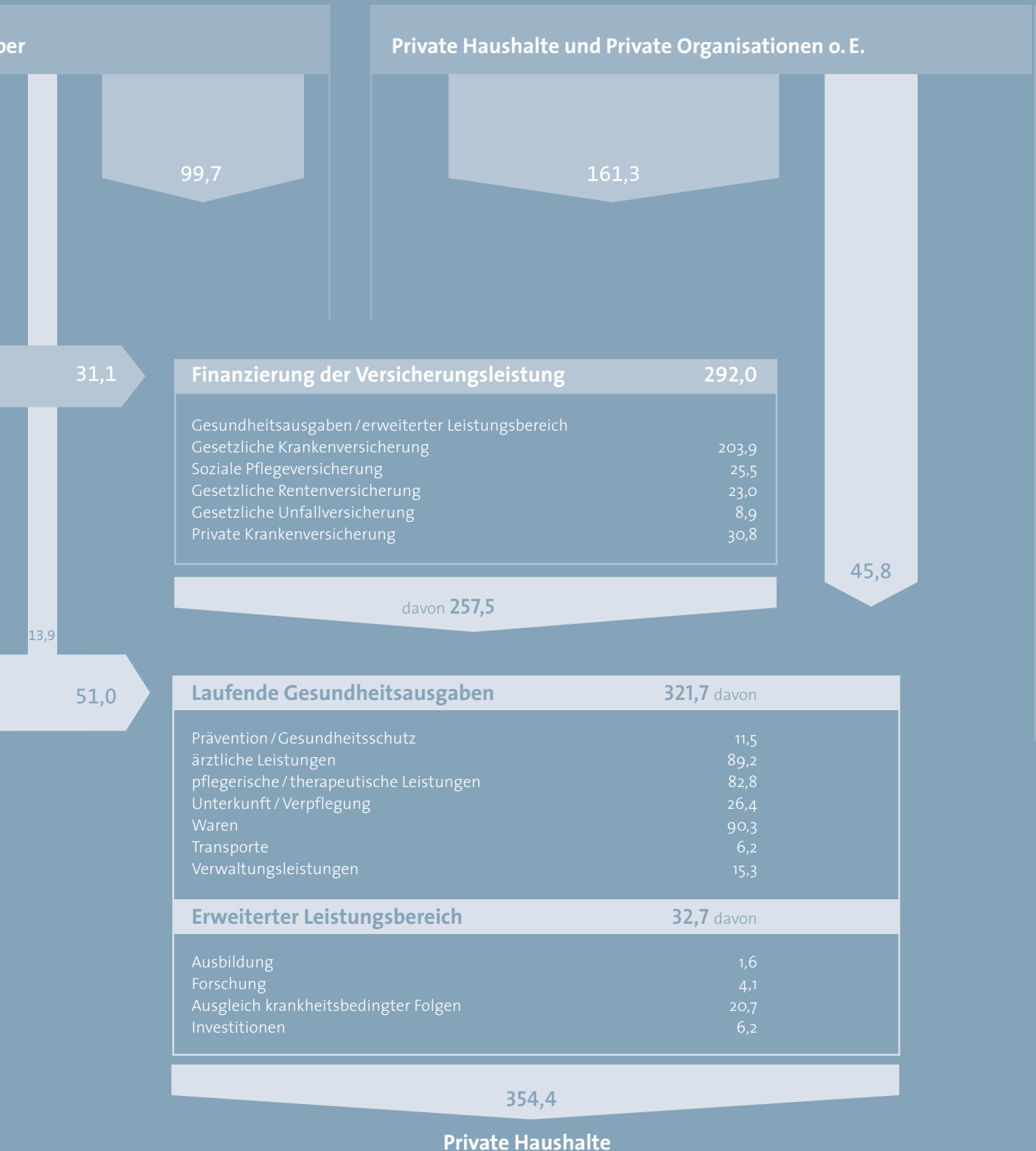
Zahlungen der Eigenanteile der Patienten an Therapiepraxen enthalten: 2,8 Milliarden Euro zahlen private Haushalte direkt an die Heilmittelpraxen.

Eigenanteile, die private Haushalte für Heilmittel-Leistungen in Arztpraxen zahlen sind dagegen gering, hier sind nur 10 Million Euro bezahlt worden.

Viel mehr haben die privaten Haushalte als Eigenbeteiligung für andere Leistungsbereiche ausgegeben:

- 7,7 Milliarden Euro für Arzneimittel
- 7,7 Milliarden Euro für Hilfsmittel
- 3,1 Milliarden Euro für Zahnersatz

Wesen | Heilmittelbranche in Zahlen



13 Fragen zu GKV-Verordnungen

Antworten und Lösungstipps zu den Änderungen über den Jahreswechsel

Zum 1. Januar 2017 haben sich einige Änderungen ergeben, die Verordnungen von Heilmitteln betreffen. Dramatisch ist keine dieser Neuerungen. Dennoch ist die Lage relativ unübersichtlich. Viele verschiedene Institutionen sind beteiligt, sodass der Informationsfluss manchmal schwierig oder widersprüchlich ist. Wir haben die 13 häufigsten Fragen, die deswegen aufkommen, noch einmal für Sie zusammengestellt und mit den passenden Antworten und Lösungen versehen.





Frage 1

Stimmt es, dass Verordnungen im Rahmen des neuen Besonderen Verordnungsbedarfs (BVB) sofort außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden dürfen? Lässt die Praxissoftware des Arztes dann wirklich keine Erst- und Folgeverordnungen zu?

Antwort

Nein, das ist falsch! Auch wenn ein Besonderer Verordnungsbedarf vorliegt, sollen Patienten vorab den Regelfall durchlaufen. Erst dann sollen Ärzte eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. Das lässt sich aus der Heilmittelrichtlinie und den „Rahmenvorgaben der Wirtschaftlichkeitprüfung ärztlich verordneter Leistungen“ ableiten.

Lösung

Wenn ein Arzt trotz Ihres Hinweises darauf besteht, die Behandlung direkt mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls zu beginnen, schreiben oder stempeln Sie auf die Verordnung: „Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt!“ Dieser Lösungsvorschlag stammt ursprünglich von der AOK Bayern und hat sich in Fällen bewährt, in denen Ärzte sich weigern, formale Fehler zu ändern.

Frage 2

Kann es sein, dass seit 1. Januar 2017 ein Wechsel des ICD-Codes einen neuen Regelfall auslöst? Der Arzt sagt, dass seine Software dies nicht anders zulässt.

Antwort

Zum 1. Januar 2017 hat sich an Verordnungen zum Regelfall der Heilmittelrichtlinie nichts geändert. Ein Wechsel des ICD-10-Codes löst gemäß Paragraph 7 Absatz 4 der Richtlinie nach wie vor nur dann einen neuen Regelfall aus, wenn „im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe“ vorliegen.

Lösung

Entweder man geht so vor, wie unter Lösung 1 beschrieben – das sollte auch in diesem Fall funktionieren – oder man hilft dem Arzt, den „Fehler“ in seiner Software zu finden. Und manchmal stellt sich dabei heraus, dass der Fehler gar nicht die Software ist...

Frage 3

Stimmt es, dass Neurologen jetzt nur noch KG-ZNS verschreiben dürfen und nicht mehr KG?

Antwort

Nein, die Heilmittel-Richtlinie gilt für alle Vertragsärzte gleichermaßen. Vertragsärzte müssen die Heilmittel verordnen, die ihnen aufgrund der Indikation und der Vorgaben des Heilmittel-Katalogs notwendig erscheinen.

Lösung

Zeigen Sie Ihren zuweisenden Neurologen im Heilmittel-Katalog die Diagnosengruppen ZN1 und ZN2. Dort ist es eindeutig beschrieben: Jeder Arzt kann bei jeder Diagnose frei wählen, ob er KG-ZNS oder einfach nur KG verordnen möchte.

Frage 4

Müssen ab 1.1.2017 immer zwei ICD-10-Codes auf der Verordnung stehen? Sind Verordnungen mit nur einem Code ungültig und müssen korrigiert werden?

Antwort

Nein! Die Praxisinformationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschreiben es vollkommen korrekt: „Für Ärzte besteht keine Verpflichtung, dieses zweite ICD-10-Feld zu befüllen. Der zweite ICD-10-Code ist nur erforderlich, um bestimmte besondere Verordnungsbedarfe für die postoperative Versorgung oder einer Myelopathie oder Radikulopathie bei Bandscheibenschäden geltend zu machen.“

Lösung

Fehlende ICD-10-Codes sind für die Abrechnung kein Problem. Es kommt nur darauf an, dass auf der Verordnung eine Diagnose entweder als Klartext oder als ICD-10-Code steht.

Frage 5

Ich habe gehört, dass Frequenzangaben mit „bis“, also um Beispiel „2-3 mal die Woche“, nicht mehr zulässig sind. Haben Sie Informationen dazu?

Antwort

Es liegen keine derartigen Änderungen am Heilmittel-Katalog vor. Deswegen kann es auch keine Änderungen an den Frequenzempfehlungen im Heilmittel-Katalog gegeben haben. Einige Krankenkassen streichen allerdings die „von/bis“-Angaben bei der Frequenz, wenn sie Verordnungen außerhalb des Regelfalls genehmigen. Das ist rechtlich aber fragwürdig.

Frage 6

Meine zuweisenden Ärzte sagen, dass BVBs nicht extrabudgetär sind, wenn sie nicht vorher einen Antrag für die Freigabe von BVBs an die Krankenkasse gestellt haben. Das kann doch nicht sein, oder?

Antwort

Da sind ihre Ärzte tatsächlich falsch informiert. Richtig ist es, dass zum Beispiel in den Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen steht: „Verordnungen, die durch bundesweit und regional vereinbarte besondere Verordnungsbedarfe bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfverfahrens berücksichtigt werden. Besondere Verordnungsbedarfe nach Anlage 2 Anhang 1 sind von der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V in vollem Umfang zu berücksichtigen...“

Lösung

Faxen Sie der Krankenkasse die Verordnung zur Genehmigung zu. Die Kasse wird sich daraufhin melden und erklären, dass eine Genehmigung im Regelfall nicht notwendig ist. Dann dürften ihre Ärzte beruhigt sein.

Frage 7

Wie sieht es aus bei BVB-Verordnungen außerhalb des Regelfalls? Müssen sie zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorgelegt werden, wenn die Krankenkasse auf dem Genehmigungsverfahren besteht?

Antwort

Ja, Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind sogenannte „begründungspflichtige“ Verordnungen. Patienten müssen sie gem. §8 Abs. 4 HeilM-RL ihrer Krankenkasse vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung vorlegen, wenn die Krankenkasse nicht auf die Genehmigung verzichtet hat.

Lösung

Diese Regel gilt auch für Verordnungen, die aufgrund der Diagnose und der verordneten Diagnosengruppe den BVBs zugeordnet sind. Die aktuelle Liste der Krankenkassen, die auf das Genehmigungsverfahren bestehen, finden Sie auf Seite 14.

Frage 8

Was ist mit dem Genehmigungsverfahren beim Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs, ist das wirklich abgeschafft worden?

Antwort

Ja, § 8a Abs. 2 ist da sehr deutlich: „Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen ... ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs ... auszugehen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.“ Und dann folgt in Abs. 8 die Bestätigung: „Für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf ... können die Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der ... Regelfall durchlaufen werden muss. Erforderliche Genehmigungen nach § 8 Abs. 4 gelten als erteilt.“



Frage 9

Der ICD-10-Code I-89 ist nicht mehr langfristiger Heilmittelbedarf. Das ist eine dramatische Verschlechterung in der Versorgung von Lymphödem-Patienten. Nun soll es ja eine Übergangsregelung geben. Davon steht aber gar nichts im Heilmittel-Katalog. Wie kann das sein?

Antwort 9

Aufgrund der Überarbeitung der ICD-10-Codes zum 1.1.2017 musste eine Übergangsregelung geschaffen werden, damit Lymphödem-Patienten trotzdem extrabudgetär versorgt werden können (siehe dazu unseren Beitrag auf Seite 16).

Lösung

Die Übergangsregelung zur extrabudgetären Versorgung von Lymphödem-Patienten haben KBV und GKV-Spitzenverband erst vereinbart, als der neue Heilmittel-Katalog bereits fertiggestellt war. Deswegen gibt es einen Aufkleber für die Diagnosengruppe LY2 und den Umschlag, mit dem Sie den Heilmittel-Katalog einfach und schnell aktualisieren können. Sie erhalten den Aufkleber kostenlos, wenn Sie sich per E-Mail an medien@buchner.de wenden.

Frage 10

Dürfen Ärzte seit Anfang des Jahres kein vorrangiges Heilmittel mehr zusammen mit einem ergänzenden verschreiben?

Antwort

An den Regeln zum Ablauf von Heilmittelverordnungen hat sich in der Heilmittel-Richtlinie nichts geändert. Alle Hinweise auf geänderte Abläufe haben also keinerlei rechtlichen Hintergrund.

Lösung

Wenn ein Arzt ein bestimmtes vorrangiges Heilmittel nicht zusammen mit einem ergänzenden Heilmittel verordnen möchte, können Sie mit ihm zusammen noch einmal die Rechtsgrundlage lesen: § 7 Abs. 6 Heilmittel-Richtlinie. Danach ein Blick in den Heilmittel-Katalog – und schon wird dem Mediziner klar, was er verordnen kann und was nicht.

Frage 11

Die KV Berlin gab Ärzten folgende telefonische Auskunft: Es gebe noch keine Erfahrungswerte mit den BVBs, daher müssten Ärzte beim Wechsel auf Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf jeden Fall ein Antrag stellen.

Antwort

Hier liegt vermutlich ein Missverständnis vor. Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen der Krankenkasse nur zur Genehmigung vorgelegt werden, wenn die Kasse nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Das gilt unabhängig davon, ob ein BVB vorliegt oder nicht.

Lösung

Aktuell (Stand 1. Januar 2017) verzichten die Ersatzkassen auf ein Genehmigungsverfahren, die AOK Nordost (Berlin) besteht teilweise auf ein Genehmigungsverfahren: bei Physiotherapie-Verordnungen für die Leistungen KG-Gerät, KG-ZNS-Bobath, KG-Muko, KG-Bewegungsbad und D1, bei Logopädie- und Ergotherapie-Verordnungen mit Ausnahme von Gruppenbehandlungen. Eine vollständige Liste der Krankenkassen, die auf Genehmigungsverfahren bestehen, finden Sie auf Seite 14.

Frage 12

Wie ist die Übergangsregelung zu den alten Verordnungs-Vordrucken bis 30. Juni 2017 zu deuten? Muss ich Verordnungen auf den alten Formularen bis dahin abrechnen?

Antwort

Nein – alle Verordnungen auf alten Vordrucken, die Ärzte vor dem 30. Juni ausstellen, sind gültig. Die GKVen bezahlen sie, auch wenn Sie sie erst ab Juli 2017 abrechnen.

Frage 13

Ich bin Logopädin. Bedeuten die ICD-10-Codes F-80.1 und F-80.2- (Expressive und Repressive Sprachstörung) auf der Liste der BVBs, dass ich fast jedes Kind extrabudgetär mit Logopädie versorgen kann?

Antwort

Das ist richtig: Hat ein Arzt einem Kind einen dieser Diagnoseschlüssel zugeordnet, kann er extrabudgetär Logopädie in den Diagnosengruppen SP1 und SP2 verordnen. Das gilt allerdings nur bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. ■ [bu]



Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Bei diesen Krankenkassen müssen Sie derzeit eine Genehmigung einholen

Seit dem 1. Januar 2017 gelten Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs grundsätzlich als genehmigt. Steht eine Diagnose auf der zugehörigen Liste, ist kein Antrag an die Krankenkasse mehr nötig.

In allen anderen Fällen besteht nach wie vor der Genehmigungsverbehalt, wenn Patienten eine Verordnung außerhalb des Regelfalls benötigen. Die meisten Krankenkassen haben mittlerweile erklärt, dass sie auf eine solche Genehmigung verzichten – doch eben nicht alle.

Der GKV-Spitzenverband aktualisiert regelmäßig die Liste der Krankenkassen, die entweder vollständig oder teilweise auf dem Genehmigungsverfahren bestehen oder sich einfach nicht zum

Thema geäußert haben. Dabei handelt es sich um 21 von insgesamt 113 Gesetzlichen Krankenversicherungen (Stand 1. Januar 2017). Diesen 21 Kassen sollten Sie Verordnungen außerhalb des Regelfalls also stets zur Genehmigung vorlegen, bevor Sie mit der Behandlung beginnen.

Wir haben Ihnen die betreffenden Krankenkassen in der folgenden Tabelle zusammengestellt. Zu jeder Krankenkasse finden Sie auch die Fax-Nummer. So lässt sich der Antrag problemlos per Fax übermitteln. Denken Sie daran, das Fax-Protokoll als Nachweis auszudrucken und abzulegen. So können Sie später beweisen, dass Sie den Antrag auf Genehmigung rechtzeitig gestellt haben. ■

[bu]

Name der Krankenkasse	Kassenart	Hinweise/Besonderheiten	Fax
AOK Bremen/Bremerhaven	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0421 – 176 19 19 91
AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, LY2, LY3, AT3, EX4; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	069 – 850 91 79 20
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bei Physiotherapie (außer KG-Gerät, KG-ZNS-Bobath und KG-Muko, KG-Bewegungsbad, D1); Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie (außer Gruppenbehandlungen)	0800 – 265 09 00
AOK Rheinland/Hamburg	Ortskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für Physiotherapie (außer ZN1, AT3, EX4, LY2 und LY3) und Ergotherapie; Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie	0211 – 879 111 25
AOK Sachsen-Anhalt	Ortskrankenkasse	keine Angabe	0391 – 287 84 78 78
Bahn-BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0180 – 500 80 04
BKK Firmus	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0421 – 643 44 51
BKK GRILLO-WERKE AG	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	07431 – 102 019
BKK Scheuffelen	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	07021 – 892 799
BKK Stadt Augsburg	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0821 – 324 32 03
BKK Vital	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0621 – 570 95 85
BKK Werra-Meißner	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	05651 – 745 19 99
BKK Wirtschaft & Finanzen	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0234 – 479 19 99
BMW BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	08731 – 762 99 55
Debeka bkk	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverzicht in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen bis auf Widerruf; Genehmigungsverfahren im restlichen Bundesgebiet	0261 – 941 43 20
Ernst & Young BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	05661 – 707 67 49
IKK gesund plus	Innungskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie EX4, ZN1, ZN2, LY2, LY3, AT3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	0391 – 280 668 39
IKK Nord	Innungskrankenkasse	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie; Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie	04331 – 345 708
Novitas BKK	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0180 – 263 63 56
Südzucker-BKK	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0621 – 328 58 49
WMF BKK	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	07331 – 258 050



Aktuelle News und Termine

Die Therapiebranche diskutiert darüber, wie sie die Fremdbestimmung durch Krankenkassen, Ärzte und Gesundheitsämter beenden kann. Die Therapeuten möchten die Zukunft der Heilmitteltherapie selbstständig regeln. Dabei können Therapeutenkammern eine wichtige Rolle spielen. Auf dieser Seite finden Sie die aktuellen Nachrichten und Termine der jeweiligen Kammer-Initiativen auf Landesebene.

Überregionales Treffen zur Abstimmung der verschiedenen Länderinitiativen

Hannover – Initiativen treiben die Gründung von Therapeutenkammern in verschiedenen Bundesländern voran. Am 1. April 2017 findet von 12 bis 17 Uhr ein überregionales Kammertreffen im Zentralhotel Kaiserhof, Hannover statt.

Nachdem Pflegende im Dezember 2016 in Niedersachsen eine Pflegekammer etablierten, blickt die Arbeitsgemeinschaft Therapiekammer Niedersachsen auch für Therapeuten zuversichtlich in die Zukunft. Die Therapeuten erhalten Informationen und Material vom Förderverein Pflegekammer Niedersachsen und wollen damit die Bildung von Therapeutenkammern in Niedersachsen und anderen Bundesländern vorantreiben. Anmeldungen zur Veranstaltung im Zentralhotel Kaiserhof (Ernst-August-Platz 4, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 36830) bis zum 25. März 2017 online an lita.herzig@gmail.com.

Was wird eine Therapeutenkammer bewirken und wie funktioniert das? Info-Tour durch ganz Schleswig-Holstein

Die AG Therapeutenkammer Schleswig-Holstein informiert auf einer Kammer-Info-Tour durch das Bundesland. Die Veranstalter klären Fragen und diskutieren mit Therapeuten, die sich mit dem Thema beschäftigen wollen. An einigen der bisherigen Termine haben Landespolitiker teilgenommen, die der Initiative positiv gegenüberstehen und dabei helfen, offene Fragen zu klären. Nach den Info-Veranstaltungen sollen schleswig-holsteinische Therapeuten sich selbst eine Meinung zu den Vor- und Nachteilen einer Kammer bilden können. Acht Termine haben schon stattgefunden, zu den nächsten können sich Interessierte online anmelden unter www.therapeutenkammer.de.

- ▶ 07.02.2017 in Bad Segeberg
- ▶ 14.02.2017 in Lübeck
- ▶ 21.02.2017 in Norderstedt

Übergangsregelung für extrabudgetäre Lymphdrainage-Verordnungen



Für die extrabudgetäre Versorgung von Lymphdrainagepatienten haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine Übergangsregelung geeinigt. Demnach können Ärzte Leistungen für Lymphödeme Stadium III bis auf weiteres als besondere Verordnungsbedarfe verordnen. Diese Vereinbarung war notwendig, weil der ICD-10-Code I 89.0 (Lymphödem) aus der Liste der Indikationen für den langfristigen Heilmittelbedarf gestrichen wurde.

Jahrelang erhielten Lymphödem-Patienten relativ unkompliziert ihre Lymphdrainage auch über die Budgets der Ärzte hinaus. Der ICD-10 Code I 89.0 (Lymphödem) gehörte zu den Indikationen für den langfristigen Heilmittelbedarf. Doch im vergangenen Jahr überarbeitete das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die ICD-10-Klassifizierung, wobei es einige Indikationen weiter ausdifferenzierte. Für die neue Systematik ICD-10-GM 2017 konkretisierte es – auf Antrag unter anderem des GKV-Spitzenverbands hin – auch das Lymphödem. Seit Anfang des Jahres ist es nun in die Stadien I bis III unterteilt.

Im G-BA wurde inzwischen unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes und der KBV der Code I 89.0 aus der Liste der Indikationen für den langfristigen Heilmittelbedarf gestrichen. Da die Konkretisierung des Codes durch das DIMDI aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht verabschiedet war, musste ein Platzhalter für den ICD-10-Code her. Der G-BA nahm also das Lymphödem Stadium III mit dem Code „n.n.“ als zukünftige Indikation in die Liste auf. N.n. (Nomen nominandum) ist lateinisch für „noch zu nennender Name“ und bedeutet in diesem Fall sinngemäß: „Der Code ist hier später einzusetzen.“ Deswegen fallen Patienten mit Lymphödem Stadium III derzeit nicht unter den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie.

Lymphödeme vorübergehend „besonderer Verordnungsbedarf“

Für manch einen Patienten könnte das zum Problem werden. Denn viele Ärzte sind nicht ohne weiteres bereit, die oft lang andauernde Lymphdrainage zu Lasten des eigenen Heilmittel-Budgets zu verordnen. Deshalb haben KBV und GKV-Spitzenverband in einer Änderungsvereinbarung im Dezember 2016 vereinbart, dass sie Lymphödeme Stadium III bis auf weiteres als besondere Verordnungsbedarfe ansehen. Die beiden Indikationsschlüssel I 89.02 und I 89.05 ziehen also ab 1. Januar 2017 einen besonderen Verordnungsbedarf nach sich.

Eigentlich zählen diese ICD-10 Codes zu den Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs, über die der G-BA entscheidet. Doch will das Gremium die Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie anpassen, muss es eine ganze Reihe von formalen Regeln durchlaufen. Bis der G-BA also einen Beschluss fasst und eine Änderung der Diagnoseliste mit langfristigem Heilmittelbedarf in Kraft tritt, wird noch einige Zeit vergehen. Bis dahin behandeln die Krankenkassen die Lymphödem-Diagnosen als besondere Verordnungsbedarfe. ■ [bu]

Kommentar



Patienten müssen für Schnellschuss zahlen

Ein Kommentar von Ralf Buchner

KBV und GKV-Spitzenverband haben es geschafft, schnell und unbürokratisch eine Lösung für das Problem der Lymphdrainage-Verordnungen zu finden. Lymphödem-Patienten im entsprechenden Stadium erhalten so auch weiterhin extrabudgetär ihre medizinisch wichtige Heilmitteltherapie.

Alles andere wäre auch ziemlich peinlich geworden, denn schließlich wussten alle Beteiligten von Anfang an um das Problem. Sie hätten genauso gut umgekehrt vorgehen können: Warten, bis die Konkretisierung des ICD-10 Codes veröffentlicht ist und erst dann den Code I 89.0 durch die neuen, differenzierten Ziffern ersetzen.

Übergangsregelung bringt Nachteile für Patienten

Wir wollen KBV und GKV-Spitzenverband gönnen, sich für ihre „unbürokratische Lösung“ gegenseitig auf die Schulter zu klopfen. Doch dabei sollten sie nicht vergessen, dass die betroffenen Patienten und die verordnenden Ärzten ihre anfängliche Panne ausbaden müssen.

Beim langfristigen Heilmittelbedarf würden Patienten direkt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls erhalten. Für den besonderen Verordnungsbedarf aber müssen Ärzte und Patienten sich erst durch den Regelfall quälen: Fünf Verordnungen à sechs Einheiten Lymphdrainage verursachen dann nicht nur zusätzliche Lauf- und Schreibearbeit, sondern burden den Patienten auch eine höhere Zuzahlung auf. Und bei manchen Krankenkassen müssen sie sich sogar noch eine Genehmigung dafür einholen.

KBV und GKV-Spitzenverband sind in ihren Elfenbeintürmen in Berlin offenbar viel mehr mit sich selbst beschäftigt, als im Sinne der meist schwer erkrankten Patienten zu handeln. Statt zu warten, bis die Änderung der ICD-10 Codes in Kraft treten, setzen sie durch einen Schnellschuss die Versorgung der Patienten aufs Spiel. Das Ergebnis sind bürokratische Ausnahmeregelungen, die inzwischen eher verwirren, als zur angemessenen Versorgung der Patienten beizutragen. Bezahlen müssen dafür die Patienten – spätestens hier wird es also doch noch peinlich.



Lymph-Kampagne

Fast 68.000 Menschen fordern Änderungen



67.765 Unterschriften Die Lymph-Kampagne



Die Petition zur Lymph-Kampagne hat die Politik in Berlin erreicht. Nun liegt es am Bundestag und an Gesundheitsminister Gröhe, gegen die fragwürdige Änderung der Heilmittel-Richtlinie vorzugehen – und die Versorgung mit Lymphdrainage zu sichern.

Am 19. Januar 2017 fuhr Jenny Werner mit dem Zug von Kiel nach Berlin. Mit im Gepäck hatte die Physiotherapeutin, **up**-Redakteurin und Initiatorin der Lymph-Kampagne ein Paket mit Unterschriften – als Symbol für die 67.765 Unterstützer der Lymph-Petition. Auf dem verschneiten Rasen vor dem Bundestag übergab sie den Stapel an Dr. Roy Kühne, Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag. Er wird den gängigen Weg für Petitionen einleiten und die Unterschriften an den Petitionsausschuss weiterreichen. Dieser wiederum soll sie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe übermitteln.

Folgenreiche „Klarstellung“ der Heilmittel-Richtlinie

Alles begann im Mai 2016. Der G-BA winkte eine „Klarstellung“ der Heilmittel-Richtlinie durch. Ihr zufolge sollen Therapeuten die Kompressionsbandagen erst nach den 30, 45 oder 60 Minuten MLD anlegen, ohne für die zusätzliche Zeit eine Vergütung zu erhalten. Diese Änderung hatte der GKV-Spitzenverband angeregt. Sie geschah nebenbei, im Rahmen eines Beschlusses, der sich eigentlich mit dem langfristigen Heilmittelbedarf befasste. Damit verstößt sie unseres Erachtens gegen die Prozessregeln des G-BA (wir berichteten in [up 08-2016](#)).

Seit dem 1. Januar 2017 verdienen Therapeuten, die sich an die Vorgaben halten, mit der MLD noch weniger Geld als bisher: statt

14 Euro nun 25 Euro weniger pro Stunde im Vergleich zur KG. Wer sich nicht an die Regelung hält, riskiert, dass die Krankenkasse die Kosten absetzt.

Zehntausende Menschen wenden sich an die Regierung

Also entschlossen wir uns, etwas gegen diese Entwicklung zu tun und riefen die Lymph-Kampagne ins Leben. Der erste Schritt ist getan: Wir wenden uns mit den Stimmen von fast 68.000 Menschen an die Politik. Gesundheitsminister Gröhe soll seine Rechtsaufsicht über die Krankenkassen wahrnehmen, um die Neuregelung der Heilmittel-Richtlinie zur MLD zurückzunehmen. Außerdem soll er dafür sorgen, dass Therapeuten für Zertifikatsleistungen wie die MLD endlich fair bezahlt werden.

Parallel dazu teilte uns die Plattform [openPetition \(www.openpetition.de\)](#) mit: Sie wird den Gesundheitsausschuss des Bundestags anschreiben und um Stellungnahme zu unserer Petition bitten, weil wir mehr als die Hälfte des vorgegebenen Quorums erreicht haben. ■

[mk]

mehr: Wie es weitergeht werden wir unter [www.up-aktuell.de](#) und in der Märzausgabe von **up** über Reaktionen auf die Kampagne berichten.

Lymph-Kampagne fortsetzen

So erbringen Therapeuten MLD ohne Abrechnungserlaubnis für GKV-Versicherte

Das Jahr 2017 beginnt für Lymphdrainage-Therapeuten damit, dass sie nun (noch) schlechtere Rahmenbedingungen für ihre Arbeit vorfinden. Das liegt an aberwitzig niedrigen Honoraren und Leistungsbeschreibungen, die ihnen das Leben schwer machen. Manch ein Physiotherapeut berichtete uns gegenüber, er wolle seine MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben. Das ist auch durchaus möglich – wir zeigen, worauf dabei zu achten ist.



Für Physiotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister hat sich die Manuelle Lymphdrainage bei Kassenpatienten wirtschaftlich noch nie gelohnt. Daran wird sich auch im Jahr 2017 nichts ändern (siehe Box). Die Problematik rund um die Lymphdrainage haben wir schon in zahlreichen Artikeln zur Lymph-Kampagne detailliert beschrieben (www.up-aktuell.de/mld).

MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben

Kein Wunder, dass viele Lymphdrainage-Therapeuten sich fragen, warum sie MLD überhaupt noch zu Lasten der GKV anbieten. „Weil wir es können!“ ist vermutlich häufig die Antwort. Therapeuten wollen schließlich ihre teure Fortbildung nicht umsonst gemacht haben und vor allem ihre Patienten nicht im Stich lassen. Das müssen sie allerdings auch nicht – und können trotzdem auf ihre MLD-Abrechnungserlaubnis mit der GKV verzichten.

Manuelle Lymphdrainage lohnt sich auch 2017 nicht

Die folgende Tabelle zeigt, dass Physiotherapeuten von den Krankenkassen 2016 für MLD fast 14 Euro pro Stunde weniger erhielten als für Krankengymnastik (KG). Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie (siehe Box Seite 22) verschlechtert das noch einmal um 15 Minuten unbezahlte Arbeit.

Minutenpreis MLD 45	0,53	Euro/Minute
Minutenpreis KG	0,76	Euro/Minute
Differenz bis Ende 2016	-0,23	Euro/Minute
Differenz bis Ende 2016	-13,98	Euro/Minute

Zusätzliche Zeit Kompression 15 Minuten

Wert der zusätzlichen Zeit	11,40	Euro
Verlust ab 2017 insgesamt	- 25,38	Euro/Stunde

Quelle: Bundesdurchschnitt gem. www.gkv-his.de

Es gibt verschiedene Gründe, aus denen Praxen ihre MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben. Manchmal arbeitet einfach der Mitarbeiter mit der entsprechenden Qualifikation nicht mehr in der Praxis. Es ist dann jederzeit möglich, wieder eine Abrechnungserlaubnis zu bekommen. Theoretisch kann eine Praxis sich jeden Monat wieder neu an- und abmelden. Wer seine MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgibt, geht also keinerlei Risiko ein. Er gibt damit auch nicht seine generelle GKV-Kassenzulassung auf, der Schritt bezieht sich nur auf die Lymphdrainage.

Patienten haben Anspruch auf MLD

Wenn viele Therapeuten nun ihre MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben, dann wird es für die GKV problematisch. Laut Gesetz müssen die Kassen die Versorgung ihrer Versicherten garantieren. Das SGB V legt grundsätzlich fest, dass GKV-Versicherte die medizinisch notwendigen Leistungen als Sach- und Dienstleistung erhalten. Versicherte haben demnach auch einen „Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln.“ (§ 32 Abs. 1 SGB V) Die Krankenkassen sind also in der Pflicht, ihre Versicherten unter anderem mit der nötigen Physiotherapie zu versorgen.

Verabschieden sich nun in einer Region die meisten Therapeuten von der MLD-Versorgung durch die GKV, kann diese nicht mehr allen betroffenen Patienten MLD als Sachleistung anbieten. Für solche Fälle hält das SGB V eine Lösung parat: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen [...] und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“ (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Nach Ansicht von Rechtsexperten ist eine Leistung „unaufschiebbar“, wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung so dringlich war, dass keine Möglichkeit bestand, sie aufzuschieben. Wie viel Zeit aus Sicht des G-BA nach einer Verordnung verstreichen darf, bevor es „dringlich“ wird, lässt sich angenehmerweise sehr genau an den Fristen in der Heilmittel-Richtlinie erkennen.

Krankenkasse muss Selbstzahler-Kosten erstatten

Wenn nun eine Kasse nicht rechtzeitig eine Kassenleistung erbringen kann, dann hat der Patient das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Dazu müssen im Fall der Lymphdrainage die folgenden Punkte erfüllt sein:

- ▶ Ein Vertragsarzt hat eine gültige MLD-Verordnung ausgestellt.

Entwicklung MLD und Kompressionsbandagierung

Bis Ende 2016 galt: Verordnete ein Arzt MLD-XX, schloss das auch immer eine gegebenenfalls notwendige Kompressionsbandagierung mit ein (siehe HeilM-RL, Teil II, Ziffer 1, Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittel-Katalog).

Die „Kompressionsbandagierung einer Extremität“ konnten Praxen immer dann abrechnen, wenn sie eine Kompressionsbandagierung tatsächlich erbracht hatten (§ 18, Abs. 2, Ziffer 7 HeilM-RL). Sie berechneten diese Position dann für jede im Termin bandagierte Extremität (Leistungsbeschreibung Physiotherapie, Positionsnummer X0204).

Therapeuten konnten die Kompressionsbandagierung innerhalb der vom Arzt verordneten Regelbehandlungszeit erbringen, bei MLD 45 also innerhalb der 45 Minuten. Das ergab sich zum einen aus der Leistungsbeschreibung der Heilmittel-Richtlinie (s. o.). Zum anderen gibt es für die Position Kompressionsbandagierung keine zusätzliche Mindestbehandlungszeit, die Therapeuten berücksichtigen könnten. Die Position X0204 Kompressionsbandagierung beinhaltet lediglich die Kosten für das Polstermaterial. Selbst gegebenenfalls notwendige Kompressionsbinden müssen Ärzte den Patienten gesondert als Verbandmittel auf Rezept (Muster 16) verordnen (siehe § 18, Abs. 2, Ziffer 7 HeilM-RL).

Neue Regelung verschlechtert die Bedingungen

Durch die Änderung der HeilM-RL gelten jetzt ab 2017 die folgenden geänderten Regeln:

- ▶ Ärzte müssen die Kompressionsbandagierung zukünftig ausdrücklich verordnen.
- ▶ Therapeuten müssen die Kompressionsbandagierung im Anschluss an die Regelbehandlungszeit der Manuellen Lymphdrainage durchführen (HeilM-RL § 18, Abs. 2 Nummer 7).
- ▶ Trikofix und Polstermaterial sowie Hautpflegematerial stellen weiterhin die Therapeuten.
- ▶ Die Kompressionsbinden verordnen Ärzte weiterhin separat.

- ▶ Die Krankenkasse kann auf Nachfrage des Patienten keine möglichen MLD-Behandlungstermine in angemessener Zeit und Entfernung nachweisen.
- ▶ Der Patienten findet eine Therapiepraxis, die MLD als Privatleistung durch entsprechend qualifizierte Therapeuten anbietet und zu diesem Zeitpunkt keine MLD-Abrechnungserlaubnis der GKV hat.
- ▶ Der Patienten schließt einen Behandlungsvertrag ab und lässt sich als Selbstzahler behandeln.
- ▶ Der Patient bezahlt die Rechnung aus eigener Tasche.

Wenn all diese Punkte erfüllt sind, muss die Krankenkasse dem Patienten, der seine Rechnung zur Erstattung einreicht, den Selbstzahlerpreis in voller Höhe erstatten. Es genügt in diesem Fall nicht, wenn sie lediglich den Kassensatz übernimmt. Qua Gesetz sind die Kosten „von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten.“ (§ 13 Abs. 3 SGB V) Die Krankenkasse darf höchstens den Betrag einbehalten, der für einen Patienten als Zuzahlung entstanden wäre, hätte die Therapiepraxis nach GKV-Tarifen abgerechnet.

Der Knackpunkt des Verfahrens ist, dass Patienten nachweisen müssen, dass sie keinen geeigneten MLD-Behandlungstermin bei einem von der GKV zugelassenen Leistungserbringer gefunden haben. Richter haben in der Vergangenheit bei solchen Verfahren stets vorausgesetzt, dass der betreffende Patient die Krankenkassen mit seiner gewünschten Leistung konfrontiert. Die Versicherung muss eine reelle Chance haben, einen Termin zu organisieren. Der Bundesgerichtshof sieht außerdem den Patienten in der Pflicht, nachzuweisen, dass er selbst erfolglose Bemühungen angestellt hat, einen Termin zu erhalten. Gerichte erwarten von ihm etwa eine Liste mit Therapeuten im Einzugsgebiet, die keinen zeitnahen Termin anbieten konnten.

Patienten bei der Kostenerstattung helfen

Zugegeben, bis zu diesem Punkt hört sich das Verfahren nach deutlicher Mehrarbeit für Therapeuten und Patienten an. Doch dafür können Praxen MLD-Behandlungen zu Privatpreisen abrechnen, auch bei einer GKV-Verordnung. Die Formalitäten, die durch das Verfahren entstehen, lassen sich gut mit Standardvordrucken abhandeln. Praxen benötigen dazu:

- ▶ Patienten-Informationsblatt über die Kostenerstattungsmöglichkeit nach § 13 SGB V
- ▶ Behandlungsvertrag zwischen Praxis und GKV-Patienten
- ▶ Musterschreiben für Patienten, mit dem sie einen Behandlungstermin bei ihrer Krankenkasse anfordern können
- ▶ Musterschreiben für Patienten für die Erstattung der selbst bezahlten Leistung gem. § 13 SGB V

(up|plus-Kunden können diese Formulare bei der up|plus-Hotline kostenlos abrufen)

Höhere Honorare, kein Risiko

Eine Rückgabe der MLD-Abrechnungserlaubnis ist nur unter bestimmten Bedingungen sinnvoll – zum Beispiel, wenn es im Umkreis nur einen einzigen MLD-Therapeuten gibt. Eine weitere Möglichkeit ist es, sich mit den anderen MLD-Therapeuten in der Region abzusprechen und geschlossen die GKV-Abrechnungserlaubnis zurückzugeben.

Dieses Vorgehen ist dann für alle Beteiligten wirtschaftlich hochgradig interessant und würde umgehend das Preisgefüge für MLD nach oben treiben. Gleichzeitig birgt es praktisch keinerlei Risiko, da MLD-Therapeuten sich jederzeit wieder bei der GKV anmelden können. Vor dem heutigen Hintergrund können wir von **up** nur sagen: Wären wir MLD-Therapeuten, wir würden ohne Umschweife unsere MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben. Wenn nicht jetzt, wann dann? ■

[bu]

In vier Schritten die Rückgabe-Optionen prüfen

Die wenigsten MLD-Therapeuten trauen sich, den Gedanken an die Rückgabe der MLD-Abrechnungserlaubnis zu Ende zu denken. Zu viel Angst haben sie davor, GKV-Patienten nicht zu behandeln. Dabei lässt sich im Falle der MLD-Behandlung recht gut vorhersagen, welche Auswirkungen das Vorgehen haben wird. In vier Schritten können Sie prüfen, ob eine Rückgabe der MLD-Abrechnungserlaubnis eine Option für Ihre Praxis ist.

1. Wie wichtig ist MLD für meine Praxis?

Wer sich über die Vergütungssituation bei MLD-Therapie ärgert, sollte einen Befund erheben: Wie groß ist der Anteil der MLD-Behandlungen an den gesamten Behandlungen in der Praxis? Wie groß ist die Nachfrage nach allen anderen Behandlungen? Wer hier genau hinguckt, wird sehr schnell merken, ob es möglich ist, auf MLD zu verzichten und stattdessen lieber auf die teilweise deutlich besser bezahlte Standardtherapie (KG) auszuweichen. Machen MLD-Behandlungen weniger als 25 Prozent der gesamten Therapie aus, kann eine Praxis wahrscheinlich relativ einfach auf sie verzichten. Liegt der Anteil bei über 65 Prozent, müssen Praxischefs vermutlich noch einmal sehr genau nachrechnen, ob sie sich eine Rückgabe der MLD-Abrechnungserlaubnis leisten können.

2. Gibt es weitere Anbieter für MLD in der Nähe?

Im zweiten Schritt prüfen Sie die Konkurrenzsituation vor Ort: Wer genau bietet in Ihrem Einzugsgebiet ebenfalls MLD an? Würden die Patienten zu diesen Kollegen abwandern? Oder gibt es Gründe, warum die Patienten nicht wechseln würden, weil zum Beispiel die Wege zu weit und alle MLD-Kollegen bereits für Wochen und Monate ausgebucht sind? Haben Sie ein Monopol in Ihrem Ort oder könnte zumindest kein Konkurrent Ihre Patien-

ten zeitnah übernehmen, dann überlegen Sie weiter. Fällt Ihnen dagegen sofort ein, wer Ihre Patienten in Zukunft versorgen würde, ist Vorsicht geboten.

3. Funktioniert die Kommunikation?

Sind Sie Willens und in der Lage, Ihren Patienten zu erklären, warum Sie in Zukunft GKV-Patienten nicht mehr auf Kassen-Verordnung mit MLD behandeln werden? Ziehen alle Mitarbeiter dabei mit, das zu kommunizieren? Gelingt es Ihnen, ihr „schlechtes Gewissen“ einzudämmen und Patienten darüber aufzuklären, dass Sie für jede Stunde MLD mindestens 25 Euro verlieren? Wer es beispielsweise geschafft hat, in seiner Praxis viele Unterschriften für die Lymph-Kampagne zu sammeln, bei dem dürfte das prima klappen. Anders sieht es bei Therapeuten aus, die sich nicht getraut haben, das Plakat zur Lymph-Kampagne aufzuhängen, geschweige denn Patienten zur Unterschrift zu bewegen. Ihnen wird es erfahrungsgemäß schwer fallen, ihre GKV-Patienten dazu zu bewegen, die MLD selbst zu zahlen und sich über die notwendigen formalen Schritte die Kosten von ihrer GKV erstatten zu lassen.

4. Gelingt die kollegiale Zusammenarbeit?

Der letzte Schritt ist vermutlich der wichtigste: Bitten Sie die Kollegen vor Ort um deren Unterstützung. Fragen Sie: Wäre es eine Option, dass alle MLD-Therapeuten in der Region sich abstimmen und gleichzeitig ihre MLD-Abrechnungserlaubnis zurückgeben? Erklären Sie den anderen Praxen, was dann passiert: Wenn alle MLD-Therapeuten einer bestimmten Region geschlossen handeln, wird den Kassen gar nichts anderes übrig bleiben, als den Patienten die Kosten für selbstorganisierte MLD-Therapie zu erstatten.

Ein starkes Ich für jedermann

Resilienz-Kurse: für sich selbst,
die Mitarbeiterbindung
und Patientenberatung



Gegen Stress und Sorgen kann ein gezieltes Training helfen. Es gibt verschiedene Anbieter, die spezielle Resilienz-Kurse oder Ausbildungen in positiver Psychologie anbieten. Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden können in solchen Kursen Selbsterfahrungen machen. Sie können die erlernten Maßnahmen aber auch bei ihren Mitarbeitern anwenden und so Stress und Konflikte im Team lösen und als Resilienz-Coach Patienten-Kurse durchführen.

Mit plötzlichen Kündigungen von Mitarbeitern und anderen kleinen und großen Katastrophen des Alltags geht jeder anders um. Es gibt Menschen, die völlig in Panik geraten, deren Gedankenkarussell beginnt, sich unaufhörlich zu drehen. Andere wiederum atmen tief durch und beginnen direkt damit, nach einer Lösung zu suchen. Wer wie reagiert hängt unter anderem von der Widerstandskraft gegenüber Stress ab – der Resilienz. (wir berichteten im Themenschwerpunkt in Ausgabe up-10-2016)

Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden können sich zum Resilienz-Coach, -Therapeuten oder auch zum Berater für positive Psychologie ausbilden lassen. So gelangen sie nicht nur selbst zu einem resilienteren Ich, sie können im Anschluss an die Ausbildung auch spezielle Kurse für Patienten anbieten.

Die eigene Widerstandskraft stärken

Bei den meisten Kursen spielt das Thema Selbsterfahrung eine große Rolle. „Die Teilnehmer arbeiten meist in Kleingruppen und wenden die erlernten Techniken direkt selbst an“, berichtet Dr. Anke Handrock, Trainee und Coach für Ärzte, Zahnärzte und Therapeuten. Die Kursleiter vermitteln dabei Methoden, mithilfe derer Therapeuten ihre Probleme selbst lösen können. Sie lernen dort differenzierte Übungen und Strukturen kennen, um beispielsweise eine positive Patientenbindung zu erhalten und Mitarbeiter zu binden.

Erlertes Wissen an Patienten weitergeben

Praxisinhaber können solche Ausbildungen auch nutzen, um selbst als Resilienz-Coach spezielle Kurse für Patienten anzubieten. „Behandeln Therapeuten



beispielsweise Kinder mit Stresssymptomen, können sie zusätzlich den Eltern in speziellen Kursen das Thema Resilienz näherbringen“, sagt Handrock. „Resilienz entwickelt sich bereits im Kindesalter und Eltern können lernen, wie sie diese mit ihrem Verhalten fördern.“ Therapeuten können auch Kontakt zu Bildungseinrichtungen wie Grundschulen und Kindergärten aufnehmen und dort präventive Kurse anbieten. „Das ist dann gezielte Frühförderung – finanziert von den Eltern“, so Handrock. „Auch in gut geführten Senioreneinrichtungen sind solche Kurse sehr sinnvoll, weil sie insgesamt die Lebenszufriedenheit erhöhen.“



Folgekurse als Privatleistung anbieten

Eine weitere Zielgruppe sind Patienten, die an einem Krankenkassen-bezuschussten Präventionskurs teilnehmen. Da gesetzlich Versicherte meist nur eine bestimmte Anzahl dieser Kurse erhalten, aber häufig weiterhin Bedarf besteht, können Therapeuten ihnen Folgekurse als Privatleistung anbieten. „Häufig hat sich in den Präventionskursen bereits eine Gruppe zusammengefunden, die gut miteinander funktioniert. Die Teilnehmer kennen und vertrauen sich. Das erleichtert eine weitere Zusammenarbeit“, erklärt Handrock. „Diese Gruppen bleiben dann gerne zusammen und nehmen solche Folgeangebote eher an.“

Ein Beispiel der Trainerin: „Sie haben eine Gruppe von 15 Personen, die alle zwei Wochen für 90 Minuten an einem Resilienz-Kurs teilnimmt. Eine Einheit kostet so viel wie ein Kinobesuch, sagen wir zehn Euro. Dann haben Sie 150 Euro an einem Abend eingenommen. Bekommen Sie zwei Kurse voll, die im wöchentlichen Wechsel stattfinden, sind das 600 Euro pro Monat – ein durchaus attraktiver Umsatz.“

Kurse als Kassenleistung – eher selten

Therapeuten können zudem versuchen, die Resilienz-Kurse von der Zentralen Prüfstelle Prävention (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) prüfen zu lassen – nur dann übernehmen gesetzliche Krankenversicherungen einen Teil der Kosten für Präventionskurse.

Das ist laut Handrock jedoch nicht ganz so einfach. „Anbieter können Kurse im Bereich Multimodales Stressmanagement prüfen lassen. Dafür sind jedoch eindeutige Anbieter-Qualifikationen definiert“, berichtet die Trainerin. „Diese Voraussetzungen erfüllen Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden in der Regel nicht.“ Dafür benötigen sie einen Bachelor oder Master. Die Zentrale Prüfstelle Prävention sagt dazu: „Für multimodale Stressmanagementkurse, die Resilienz und Achtsamkeit thematisieren, kommen nur Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit in Betracht. Sofern Physiotherapeuten z.B. ein Studium in Gesundheitswissenschaften absolviert haben, können diese Anbieter einen Kurs im Bereich Stressmanagement anbieten.“

Auf zertifizierte Anbieter setzen

Es gibt inzwischen eine große Auswahl an Anbietern, die Therapeuten zu Resilienz-Coaches ausbilden. „Es sind inzwischen viele Gesellschaften entstanden, die von Interessensgruppen gegründet wurden und eigene Qualitätsstandards definieren“, sagt Handrock. „Wie überall auf dem Fortbildungsmarkt gibt es keine offiziellen Standards oder gar eine Kontrollinstanz, die eine gewisse Qualität garantieren. Wer sicher gehen möchte, sollte auf Kurse setzen, die von einer Universität und von einer Gesellschaft zertifiziert werden.“ Dann seien die Inhalte und Anbieter universitär geprüft und die Ausbildung finde auf einem hohen Niveau statt. ■ [km]

Mitarbeiterbindung stärken

Resilienz-kurse können sich auch auf die eigenen Mitarbeiter positiv auswirken. Wer es schafft, die Stressauslöser der Mitarbeiter zu erkennen und schließlich deren Widerstandskraft zu stärken, hat ein wirksames Mittel zur Mitarbeiterbindung an der Hand. Denn wer einen entspannten Arbeitsalltag hat und Methoden kennt, um Stress zu minimieren, sich im Team wohl und gehört fühlt, bleibt der Praxis eher treu – und ist vielleicht sogar seltener krank.

Mitarbeiterführung ganz konkret

Seien Sie sich sicher, dass Ihre Mitarbeiter gerne für Sie arbeiten

Ohne ein gut funktionierendes Team sind die vielen Aufgaben in einer größeren Praxis gar nicht zu bewältigen. Dabei ist die Motivation jedes Einzelnen entscheidend. Doch wie wird man ein guter Coach für ein erfolgreiches Team? Wie sieht meine Führungsrolle eigentlich aus? Wissen meine Mitarbeiter immer woran sie sind? Mitarbeitermotivation gut und schön – aber wie mache ich das richtig? Sind meine Besprechungen effizient? In dem zweitägigen Seminar liefern wir die Antworten zu Ihren Fragen. Fördern und fordern Sie zukünftig mit Hilfe von klar definierten Zielen. Proben Sie den Alltag auf neutralem, sicherem Terrain, sozusagen "unter Ausschluss der Öffentlichkeit".

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar

- ▶ kennen Sie Ihre Ziele als Führungskraft
- ▶ wissen Sie, was einen guten "Coach" ausmacht
- ▶ schärfen Sie Ihren Blick für gute Leistungen
- ▶ motivieren Sie über Anerkennung

Das erwartet Sie inhaltlich:

- ▶ Führung durch Ziele
- ▶ Teamförderung in der Praxis
- ▶ Motivation
- ▶ Kritikgespräche

Zielgruppe

Praxisinhaber und Führungskräfte

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referentin Brigitte Harste

Brigitte Harste, Geschäftsführerin UBH, seit Jahren im Organisationskomitee von Therapiekongressen, dabei viel Erfahrungen an der „Rezeptionsfront“, ist erfahrene Referentin und Trainerin mit Spezialisierung auf Kommunikationstraining für beratende Berufe. Seit Jahren familiär eng verweben mit der Therapiebranche, kennt sie die Abläufe in Therapiepraxen, weiß ganz genau um Fallen und Möglichkeiten in der Kommunikation mit Patienten und zeigt ihren Teilnehmern immer wieder Wege auf, wie sie noch einfacher auf Verhalten und Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten Einfluss nehmen können.

Termine

03./04.03.2017 in Frankfurt

26./27.05.2017 in Berlin

21./22.07.2017 in Köln

08./09.09.2017 in Kassel

15./16.12.2017 in Stuttgart

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 329,50
zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

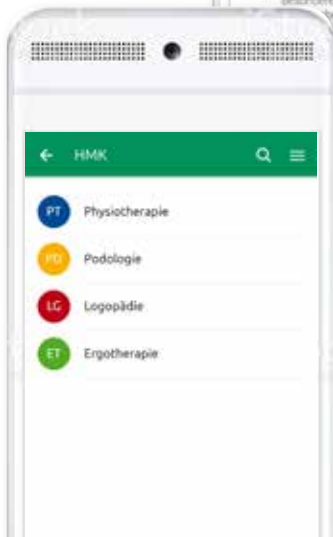
Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 329,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Praktisch und schnell HMK und ICD-10 auf dem Smartphone nutzen

Auf einen Blick alle Indikationen für den langfristigen Heilmittelbedarf erkennen, die bei der Diagnosengruppe LY2 möglich sind



Einfach durch die einzelnen Kapitel des HMK blättern, hier PT/Kapitel: Extremitäten und Becken



Besondere Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf zum direkten Nachschlagen

Zum 1. Januar 2017 gilt die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie mit den neuen Regeln zum langfristigen Heilmittelbedarf. Dabei spielen die Diagnosen nach ICD-10-Code eine immer größere Rolle. Beim „Übersetzen“ der Codes in Klartext und beim Suchen nach der richtigen Diagnosengruppe im Heilmittel-Katalog hilft jetzt die HMK-App der Firma Buchner.

Therapeuten haben nicht in jedem Behandlungszimmer und bei jedem Hausbesuch den Heilmittel-Katalog zum Nachschlagen zur Hand. Wenn sie ihn in solchen Situationen dennoch brauchen, hilft künftig die HMK-App für das Smartphone, erhältlich für Android und iOS. Sie macht alle Informationen aus Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Katalog jederzeit verfügbar. Außerdem beinhaltet sie die Diagnosenlisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und den besonderen Verordnungsbedarfen sowie die vollständige ICD-10 Diagnosenliste.

Alles Durchsuchen

Egal, was Sie suchen – mit der HMK-App werden Sie in wenigen Sekunden fündig. Die App liefert Ihnen ein bestimmtes Heilmittel, die passende Diagnose als Klartext, die relevante ICD-10-Diagnosengruppe oder optionale Diagnosen, die eine extrabudgetäre Verordnung möglich machen könnten.

Klassisches Blättern

Durchblättern Sie die Richtlinie, Kataloge und Klassifikationen so, wie sie es gewohnt sind. Mit wenigen Klicks finden Sie den gewünschten Auszug aus dem Heilmittelkatalog oder das gesuchte Kapitel aus der ICD-10-Diagnosenliste. Mit dem Übersicht-Button können Sie direkt von Diagnosengruppe zu Diagnosengruppe und von Fachgebiet zu Fachgebiet wechseln.

Verknüpfungen erkennen

Sämtliche relevanten Diagnosen, Indikationen für besondere Verordnungsbedarfe und langfristigen Heilmittelbedarfe sind mit den dazugehörigen Diagnosengruppen verknüpft. Dadurch erkennen Sie so schnell wie noch nie Möglichkeiten, Ärzte extrabudgetär verordnen zu lassen.

Auch offline verfügbar

Selbst wenn Sie gerade nicht mit dem Internet verbunden sind – Ihnen stehen stets alle Informationen der HMK-App auf Ihrem Smartphone zur Verfügung.

Ergebnisse speichern

Ausgewählte Bereiche der HMK-App können Sie als PDF abspeichern oder ausdrucken und demnächst auch per Mail an Kollegen und Ärzte senden. Bis dahin können Sie den Entwicklern Feedback zu den bisherigen Funktionen geben und Verbesserungsvorschläge machen.

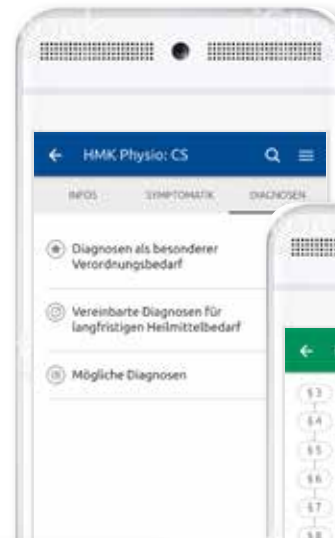
HMK personalisieren

Richten Sie die HMK-App nach Ihrem persönlichen Bedarf ein. Lassen Sie sich zum Beispiel Informationen zu bestimmten Fachbereichen und KV-Gebieten anzeigen. So entgehen Ihnen keine regionalen Praxisbesonderheiten mehr.

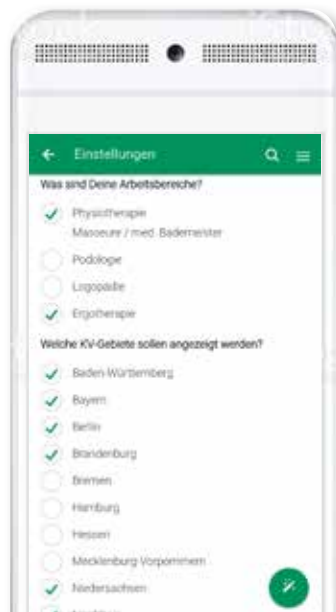
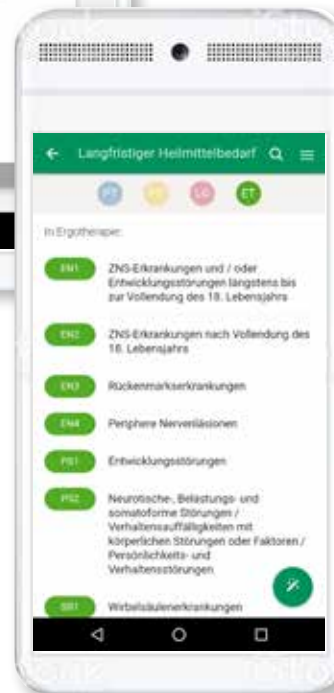
Die HMK-App...

- ▶ gibt es im Google Play Store für Android und im Apple Store für iOS
- ▶ kostet 3,99 Euro
- ▶ wurde von Buchner & Partner entwickelt

Schnell finden: Hier werden z. B. alle Indikationen der Logopädie angezeigt, bei denen langfristiger Heilmittelbedarf verordnet werden kann



Schnell finden: Hier werden z. B. alle Diagnosengruppen der Ergotherapie angezeigt, bei denen Indikationen aus dem langfristigen Heilmittelbedarf vorhanden sind



Den HMK personalisieren: Eigenes Fachgebiet und zuständige KVen so einstellen, dass auch regionale Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden

Wenn Therapeuten Privatpatienten behandeln, gehen sie dabei keine rechtliche Beziehung mit einer Privater Krankenversicherung (PKV) ein. Was die PKV genau erstattet, ist also unerheblich – der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Therapiepraxis bleibt unabhängig davon gültig. Wenn Patienten Preise reklamieren, können Praxen die Rechnungen noch einmal auf Richtigkeit prüfen und eine schriftliche Stellungnahme erstellen.

Wenn die PKV nicht zahlt

Therapeuten müssen nicht auf ihren Kosten sitzen bleiben



Privatpatienten klagen in ihrer Therapiepraxis nicht selten darüber, dass ihre Versicherung (und/oder Beihilfe) den Betrag nicht in voller Höhe erstatten will, den die Therapeuten in Rechnung stellen. Manche Therapeuten haben daraufhin ein schlechtes Gewissen. Die PKVen versuchen derweil, genau dieses Gefühl weiter zu schüren – indem sie ihren Patienten mitteilen, die zu hohen Honorare der Therapeuten seien das Problem. Die PKVen behaupten, sie können leider nur Heilmittelkosten bis zu einer bestimmten Höhe übernehmen. Diese „bestimmte Höhe“ bezieht sich oft auf die Beträge der beihilfefähigen Höchstsätze. Therapeuten ändern dann nachträglich ihre Preise und erzählen später, die PKV hätte die „Rechnung gekürzt“ oder „ganze Leistungen gestrichen“.

Doch die PKV kann gar keine Rechnungen kürzen oder Leistungen streichen. Das ist schon rein rechtlich nicht möglich, denn zwischen Therapiepraxis und PKV besteht überhaupt keine Rechtsbeziehung. Wer von Rechnungskürzung durch die PKV spricht, lenkt also von der Tatsache ab, dass das Problem nicht die Rechnung ist, sondern die mangelnde Erstattung durch die PKV. Beschwerd sich ein Patient über die Höhe des Preises, sollten Therapeuten sofort über die abenteuerliche Erstattungspraxis der PKV reden und so die Aufmerksamkeit auf die Wurzel des Problems lenken.

Behandlungsvertrag gilt – so oder so

Wenn ein Patient in der Therapiepraxis auf Basis eines Privatrezeptes behandelt werden will, kommt automatisch ein Behandlungsvertrag nach § 630 a BGB zustande. Dieser Behandlungsvertrag legt fest, dass der Therapeut seine therapeutischen und medizinischen Leistungen erbringen und der Patient die vereinbarte Vergütung bezahlen muss.

§ 630 a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zugesagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

Die Rechtsbeziehung kommt also direkt zwischen Therapiepraxis und Patient zu Stande. Eine Rechtsbeziehung zu irgendwelchen „Dritten“ gibt es nur dann, wenn diese „zur Zahlung verpflichtet“ sind – so wie es bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen der Fall ist. Das erscheint auch in der Praxis logisch, denn meistens kennen Therapeuten die PKV ihrer Privatversicherten überhaupt nicht. Die Versicherungen sind folglich ein unbekannter Dritter, zu dem es auch keine Rechtsbeziehung geben kann.

Rechnung auf formale Richtigkeit prüfen

Reklamiert nun ein Privatpatient die Behandlungskosten, weil er keine oder nur eine gekürzte Erstattung erhalten hat, ist es also wichtig, genau diesen Umstand klarzustellen. Wünscht sich der Patient, dass die Therapiepraxis seine Rechnung auf formale Korrektheit prüft, können Sie dem nachgehen: Stimmen die Leistungsangaben? Haben wir die Preise verwendet, die vertraglich vereinbart waren? Stimmen die Berechnungen? Daraufhin stellt

Umsetzungstipp

Eine Rechnungsprüfung ist eine ernste Angelegenheit, die Praxismitarbeiter nicht zwischen Tür und Angel an der Rezeption durchführen sollten. Nehmen Sie am besten den Wunsch des Privatpatienten nach Rechnungsprüfung entgegen und sagen Sie eine Prüfung bis zu einem bestimmten Datum zu. Das vermittelt auch dem Patienten einen professionellen Eindruck der Rechnungsprüfung: Das ist etwas, das Sie nicht in wenigen Minuten erledigen. Sie benötigen dafür mindestens einen, besser mehrere Tage und nehmen dann schriftlich Stellung dazu.

sich dann meist heraus, dass die Praxis die Rechnung korrekt und dem Behandlungsvertrag entsprechend gestellt hat. Genau diese Information teilen die Praxismitarbeiter den Patienten mit.

Wichtig ist, dass der Patient versteht, dass die Therapiepraxis die Rechnung vertragsgemäß und gemäß den Regeln des BGB erstellt hat. Diese Information teilen Sie ihm am besten schriftlich mit. Das lässt sich einfach mit ein oder zwei Musterbriefen bewerkstelligen (**up|plus**-Hotline). Die Vorteile einer schriftlichen Stellungnahmen liegen auf der Hand: Sie vermeiden so eine Diskussion, außerdem wirkt die Schriftform „amtlicher“ und signalisiert, dass Sie den Privatpatienten ernst nehmen und Zeit in sein Anliegen investieren. Nicht zuletzt hilft die Schriftlichkeit dabei, nicht das eigentliche Thema der ganzen Angelegenheit aus den Augen zu verlieren: Es geht nach wie vor darum, ob die Rechnung richtig gestellt war – und nicht um die Höhe des Preises.

Die schriftliche Stellungnahme zur Rechnungsprüfung kann der Privatpatient dann bei seiner PKV einreichen. Das wird zwar nichts an der Erstattungspraxis der PKV ändern, aber der Privatpatienten lernt, dass das Problem nicht beim Therapeuten liegt, sondern bei seiner PKV. Die Therapiepraxis hat dem Patienten einen Gefallen getan, ihm ein schriftliches Gutachten erstellt, ohne dafür Geld zu verlangen. Auch das nimmt Privatpatienten die Lust, mit den Therapeuten zu diskutieren.

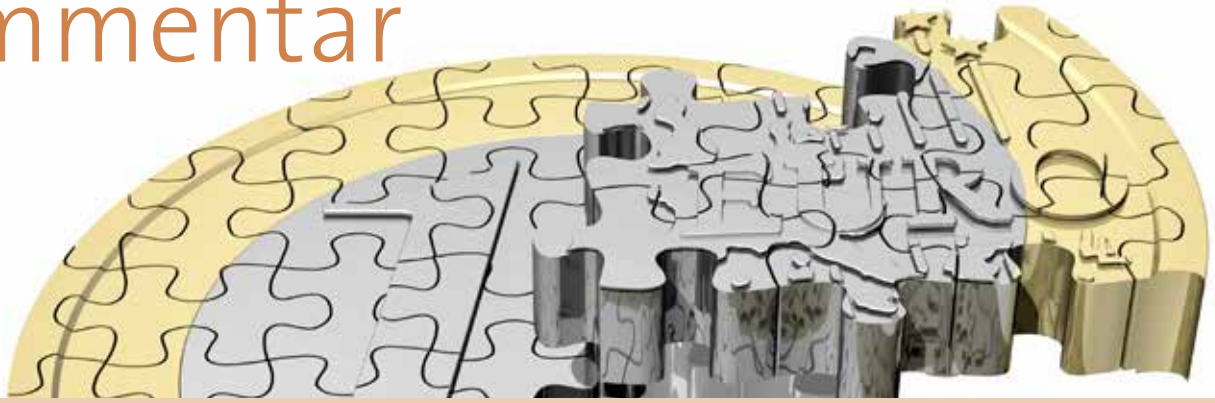
Schriftliche Stellungnahmen bezahlen lassen

Fordert wiederum die PKV eine Stellungnahme zur Rechnungsprüfung an, sollten Sie zunächst den Patienten fragen, ob die Praxis direkt mit der PKV kommunizieren darf. Dann können Sie der PKV mitteilen, dass die Stellungnahme berechnet wird, denn schließlich bestellt die Versicherung in der Therapiepraxis ein „Gutachten“, also eine Leistung. Ist die PKV dazu nicht bereit, gibt es selbstverständlich keine schriftliche Stellungnahme!

Bei der Höhe des Preises kann man sich am ärztlichen Bereich orientieren, dort werden solche Stellungnahmen unter der GoÄ Ziffer 75 (Ausführlicher schriftlicher Bericht) abgerechnet, das kostet dann zwischen 7,58 und 17,43 Euro. Für eine Therapiepraxis sollte ein Betrag von 15 Euro für eine solche Stellungnahmen zur Rechnungsprüfung ein angemessener Preis sein. ■ [bu]

mehr: Musterschreiben zur Prüfung der Richtigkeit der Rechnungsstellung können up|plus-Kunden bei der up|plus-Hotline kostenlos anfordern.

Kommentar



Es waren einmal... die üblichen Preise

Ein Kommentar von Ralf Buchner

Private Krankenversicherungen scheuen nur selten Lügen, wenn es darum geht, sich bei Erstattung der Heilmittel-Kosten vor einer Zahlung in voller Höhe zu drücken. Dabei tischen sie den Versicherten gern das Märchen von den „ortsüblichen Preisen“ auf. Höchste Zeit, die Patienten darüber aufzuklären, dass sie von ihrer PKV belogen werden.

Das Märchen der Privaten Krankenversicherungen mit dem Titel „Der ortsübliche Preis“ kommt dem des Rumpelstilzchens am nächsten: Der ortsübliche Preis strickt für die PKV Heu zu Gold. Dabei singt er: „Wie schön, dass niemand weiß, was genau ortsüblicher Preis heißt.“ Das ist leider der wahre Kern des Märchens – es hilft der PKV dabei, geltendes Recht nach Lust und Laune zu umzudeuten.

Es gilt die vereinbarte Vergütung

Der PKV-Spitzenverband behauptet etwa auf seiner Internetseite, bei einer fehlenden gebührenrechtlichen Bestimmung (Taxe) müssten Therapeuten für eine Leistung den üblichen Preis berechnen. Was der Text dabei unterschlägt: Der „übliche Preis“ kann gemäß § 612 BGB nur dann der Maßstab sein, wenn es keine andere Preisfestlegung gibt, wie zum Beispiel einen Honorarvertrag zwischen Praxis und Patient. Besteht ein solcher Vertrag, so gilt das in diesem Vertrag vereinbarte Honorar in voller Höhe.

Äpfel nicht mit Birnen vergleichen

So argumentieren die PKVen auch in ihren Schreiben, mit denen sie begründen, warum sie Leistungen absetzen oder Erstattungen kürzen. „Zu teuer“ sei der gewählte Therapeut. Es gäbe „preisgünstigere Anbieter“. Der vom Therapeuten geforderte Preis sei eine „nicht übliche“ Vergütung.

Nach gängiger Rechtsauffassung lässt sich die „übliche Vergütung“ folgendermaßen definieren: als Vergütung, die gewöhnlich gewährt wird

- ▶ nach einer festen Übung,
- ▶ für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen und
- ▶ an dem betreffenden Ort.

Soll nun für zwei Therapien derselbe übliche Preis gelten, müssen sie auch „gleiche oder ähnliche Dienstleistung“ sein. Doch wer allen Ernstes behauptet, Therapie sei gleich Therapie, vergleicht Äpfel mit Birnen. Soll es irrelevant sein, welche Fortbildung ein Therapeut hat? Ist die Therapie „gleich oder ähnlich“, wenn die jeweiligen Therapeuten 20 Jahre Berufserfahrung auf ein bestimmtes medizinisches Fachgebiet keine Rolle? Ist es unerheblich, ob die Dauer der einzelnen Behandlungen sich um bis zu 50 Prozent unterscheidet? Diese Auffassung zeugt entweder davon, dass die Herren und Damen der PKV sich mit der Materie nicht auskennen – oder dass sie die Wahrheit bewusst zu ihren Gunsten zurechtbiegen.

Gekürzte Erstattung ist das Problem

Die üblichen Preise sind also nur eines der üblichen Ablenkungsmanöver der PKVen. Sie wollen damit verschleiern, dass sie nicht die Erstattungen vornehmen, die sie ihren Versicherten einmal zugesagt haben. Mehr als 50 Prozent aller Kürzungen und Absetzung von Therapiehonoraren sind nicht vertragsgemäß und verstoßen gegen die Tarifbestimmungen der PKV. Das ist schlicht und ergreifend rechtswidrig – und das eigentliche Problem, über das der PKV-Spitzenverband diskutieren sollte.

How to: Privatpreise umsetzen



Am Anfang ist ein klares Briefing an die Therapeuten wichtig. Einige neigen dazu, sich für die neuen Preise zu entschuldigen

Die Physio-Praxis Aumühle hat ihre Privatpreise neu aufgestellt und an der Gebührenübersicht GebüTh ausgerichtet. Der Übergang lief einfacher, als erwartet – und kostete die Praxis nur genau einen Patienten. Wir zeigen an ihrem Beispiel, wie Praxen ihre Privatpreise neu ausrichten können.

Der Gedanke an neu gestaltete Privatpreise lässt vielen Praxischefs einen kalten Schauer über den Rücken laufen. Sie denken an zermürende Diskussionen und Patienten, die das Weite suchen. Doch in der Realität läuft es meist wesentlich einfacher ab. So erlebte es zumindest Lisa Biß. Die Praxismanagerin setzte in der Physio-Praxis Aumühle, in der Nähe von Hamburg, neue, höhere Privatpreise durch. „Zuerst klang das auch für uns nach einer furchtbar komplizierten Sache“, sagt Biß, „Das war es dann aber absolut nicht.“

Bis dahin hatte die Praxis sich für ihre Privatpreise an den Beihilfe-Sätzen orientiert. „Wir haben aber selbst gemerkt, dass das für uns nicht wirklich kostendeckend ist“, berichtet die Praxismanagerin. Sogar Patienten hätten sich in Gesprächen mit den Mitarbeitern häufig gewundert, ob der Praxis von dem Beihilfe-Satz, den sie zahlten, überhaupt etwas übrig bleibt. Bei geschätzt über 40 Prozent Privatpatienten war es dementsprechend wichtig, dass sich an der Situation etwas änderte.

Hohe Preise, hohe Qualität

Biß besuchte zunächst ein Seminar zur Gestaltung von Privatpreisen, in dem sie einige Grundlagen lernte. Danach war ihr daran gelegen, herauszufinden, was für die Praxis preislich überhaupt möglich ist und wo sie derzeit steht. Ihr Fazit: Sie nahmen in ganz vielen Bereichen viel zu wenig Geld. „Im Seminar habe ich gelernt, dass es für Menschen eben gerade ein Qualitätsmerkmal sein kann, wenn sie mehr bezahlen müssen“, so Biß. „Interessanterweise haben wir genau das auch in der Praxis festgestellt.“ Nachdem sie die Preise erhöht hatten, verließ genau ein Patient die Praxis – kein besonders schmerzhafter Verlust.

Preisgestaltung nach GebüTh

Die Praxismanagerin orientierte die neuen Preise an der Gebührenübersicht GebüTh. Die GebüTh versucht nunmehr seit 2008, einen klaren Rahmen für Privatpreise im Heilmittelbereich zu schaffen. Sie berechnet die Honorare anhand des Regelsatzes, also des höchsten vereinbarten GKV-Satzes für eine bestimmte Leistung. Sie multipliziert ihn mit einem von drei Multiplikatoren, die sich aus den Durchschnittswerten der Privatpreise errechnen: dem 1,8-fachen Regelsatz für Westdeutschland, dem 1,4-fachen für Ostdeutschland und dem bei Ärzten übliche 2,3-fachen. Den 1,8-fa-

chen Satz sieht die GebüTh dabei als „Normalfall“ an. Überschreiten Praxen den 2,3-fachen Satz, sollen sie das begründen.

Es ist möglich, für unterschiedliche Leistungen einen jeweils anderen Satz zu nehmen. Zum Beispiel könnte für eine Behandlung durch einen Berufsanfänger der 1,4-fache Satz anfallen, für die Therapie der erfahrenen Kollegin der 1,8-fache und der 2,3-fache für überdurchschnittlich qualifizierte Therapeuten und besonders schwierige oder zeitaufwendige Behandlungen. Viele berechnen die Preise ihrer Praxis auch einheitlich mit einem der Multiplikatoren. Letzteres Vorgehen wählte auch die Physio-Praxis Aumühle, die alle Privatpreise nun mit dem 1,8-fachen Regelsatz bestimmt. „Wir haben uns für diesen Satz entschieden, weil wir ihn für die Qualität unserer Praxis für angemessen hielten“, so Biß.

Team kündigt neue Preise nicht öffentlich an

Intern legte das Team einen Termin fest, ab dem die Preise für neue Rezepte galten. Das kündigte die Praxis aber nicht mit großem Trara an – im Gegenteil. Es gab keine Gespräche mit Patienten im Vorfeld, keine Infolyer, keine Rundmails. Lediglich ein „Hinweis für Privatpatienten“ auf der Website klärt über den Berechnungssatz auf. Nirgendwo heißt es, die Therapie sei teurer geworden. „Nur unsere langjährigen Patienten setzen wir kurz und knapp darüber in Kenntnis, dass wir nun mal unsere Preise anpassen mussten. Das war bislang auch kein Problem“, berichtet Biß.

Honorarvereinbarung – inklusive neuer Kosten

Seitdem legen die beiden Praxismanagerinnen den Patienten konsequent vor der ersten Behandlung eine Honorarvereinbarung vor, die diese auch unterschreiben müssen. Die Informationen des Rezepts geben sie vorher in die Software ein, die dann die Honorarvereinbarung ausdrückt. Darauf stehen auch die genauen Kosten der Therapie. „Das allerwichtigste dabei: Wir diskutieren nicht über den Preis“, sagt Biß. „Wir weisen außerdem darauf hin, dass Patienten uns damit bestätigen, dass sie den Preis begleichen, auch wenn ihre Krankenversicherung nicht alle Kosten übernimmt.“

Ärger mit der PKV? Patienten aufklären!

Manche Patienten fragen Lisa Biß, wie viel ihre Krankenversicherung denn übernimmt. Die Praxismanagerin erwidert darauf lediglich: „Das kann ich Ihnen nicht sagen. Ich weiß nicht, wie Sie versichert sind, welche Zusatzversicherungen Sie haben.“

Bislang riefen einige wenige Patienten an und berichteten über Probleme mit ihrer Versicherung. Die PKV habe ihnen mitgeteilt: „Ausnahmsweise bezahlen wir das nochmal, aber zukünftig nicht.“ Sie schickten die Beihilfe-Sätze mit und stellten diese als den Regelfall dar. „Das scheint nach wie vor“, so Biß. „Wir weisen unsere Patienten dann auf entsprechende Gerichtsurteile hin, die sie zum Beispiel auf www.privatpreise.de finden und mit deren Hilfe sie gegenüber ihrer Versicherung argumentieren können.“ Denn in der Regel sind die PKVen dazu verpflichtet, ihren Versicherten die komplette Heilmitteltherapie zu bezahlen.

Preis-Diskussionen weg von den Therapeuten

Jegliche Diskussionen um die Preise versucht das Team außerdem von den Therapeuten wegzulenken. Sie können darüber aufklären, was die Behandlung kostet. Wenn die Patienten Fragen dazu haben oder diskutieren wollen, werden sie an die Rezeption verwiesen, wo Lisa Biß und ihre Kollegin sich darum kümmern. „So haben wir eine ganz klare Trennung geschaffen“, erklärt die Praxismanagerin. „Außerdem ist es für mich einfacher, Preise konsequent durchzusetzen.“ Den Therapeuten falle das schwerer, weil sie sich viel intensiver mit den Patienten beschäftigen, sie häufiger sehen, sie besser kennen.

Vor allem am Anfang war auch ein klares Briefing an die Therapeuten wichtig. Einige neigten dazu, sich für die neuen Preise zu entschuldigen, nach dem Motto: „Ach, es tut mir Leid, wir sind ja etwas teurer geworden.“ Solche Sätze dürfe es Biß zufolge nicht geben. „Sonst erwecken wir den Eindruck, die eigene Leistung wäre diesen Preis überhaupt nicht wert“, sagt sie. Und das ist selbstverständlich nicht der Fall. ■

[mk]

Kniffe für die Patientengespräche:

Lisa Biß hat für uns einige wichtige Tipps zusammengefasst, um Privatpreise gegenüber Patienten durchzusetzen:

- ▶ Erste und wichtigste Regel: Vermeiden Sie Diskussionen. Verhandeln Sie nie über die Preise.
- ▶ Kündigen Sie Preiserhöhungen im Vorfeld nicht groß an.
- ▶ Sagen Sie Ihren Patienten gegenüber nicht, dass sie Preise „erhöht“ haben. Sprechen Sie besser davon, dass Sie sie „angepasst“ haben.
- ▶ Wenn Patienten Sie auf die höheren Preise ansprechen: Verweisen Sie auf die Gebührenordnung. Lisa Biß fasst es dann so: Wir unterwerfen uns freiwillig der Gebührenordnung – und verlangen dabei nicht einmal den Höchstsatz des 2,3-fachen Regelsatzes.
- ▶ Wenn Patienten zweifeln, ob ihre PKV die Kosten übernimmt: Erklären Sie, dass Sie die Erstattungspraxis der Krankenversicherung nicht beeinflussen können – und dass Sie Ihre Preise nicht nach jedem Patienten und dessen PKV neu ausrichten können.

Extrabudgetär verordnen lassen

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

Beim Thema extrabudgetäre Heilmittelverordnung hat sich 2017 einiges geändert. 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 wurde 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 damit 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 Ihre Patienten auch langfristig mit Therapie versorgen können und ein zielorientierte Kommunikation mit Ihren umliegenden Ärzten führen.

Zielgruppe

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

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



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

22.02.2017 in Hamburg

25.03.17 in Berlin

02.06.17 in Frankfurt

13.10.17 in Leipzig

08.12.17 in Nürnberg

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.



Wie hältst du es mit...

... abgelaufenen Verordnungen?



Das Telefon klingelt, am Ende der Leitung ist ein aufgeregter Kassenpatient. Er will dringend einen Termin haben. Auf die Frage, von wann seine Verordnung ist, kramt er diese erst einmal unter verlegenem Nuscheln hervor – woraufhin sich herausstellt, dass das Ausstellungsdatum schon mehr als 14 Kalendertage zurückliegt. Damit ist die Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie abgelaufen, also ungültig. Therapeuten können auf unterschiedliche Weise mit dieser Situation umgehen. Wir haben Praxisinhaber in ganz Deutschland gefragt.

Vorgehen 1

Wer sich nicht an Fristen hält, der muss eben noch einmal zurück zum Arzt

Manche Patienten lernen es nie. Wenn sie Therapie auf Kosten der Kasse haben wollen, dann müssen sie eben auch rechtzeitig kommen. Solche verspäteten Verordnungen nehme ich ganz bestimmt nicht an, sondern schicke den Patienten direkt zurück zum Arzt.

Vorteile

Indem eine Therapiepraxis Patienten zurück zum Arzt schickt, geht sie auf Nummer sicher. So besteht keine Gefahr, eine Absetzung wegen verspätetem Behandlungsbeginn zu kassieren und es fällt keine Arbeit mit lästigen Korrekturen an. Außerdem merkt der Arzt, wie schlampig sein Patient mit Verordnungen umgeht – vielleicht ermahnt er ihn und es hat für beide einen Erziehungseffekt.

Nachteile

Manche Patienten reagieren beleidigt, wenn Therapeuten sie so sehr in die Pflicht nehmen. Bei ihnen kommt es nicht gut an, wenn eine Praxis sie in „ihrer Not“ zum Arzt zurückschickt. Dieser „Nicht-Service“ könnte sich schnell im Ort oder Stadtviertel herumsprechen, wenn der Patient darüber am Stammtisch meckert.



Vorgehen 2

Das muss der Arzt (er)klären

Der Arzt ist in der Pflicht, die Verordnung formal korrekt auszuführen und Patienten über die Spielregeln der Heilmittel-Verordnung aufzuklären. Warum können Ärzte das ihren Patienten eigentlich nicht richtig erklären? Naja, nicht mein Problem. Dann muss der Arzt das eben ändern. Lieber Patient, sagen wir dann, da hat dein Arzt dich wohl nicht richtig informiert!

Vorteile

Hier wird klar, in wessen Verantwortung die Aufklärung der Patienten liegt, nämlich in der der Ärzte. Damit ist die Schuldfrage auch für Patienten geklärt: Nicht die Therapiepraxis ist böse, weil sie die Verordnung nicht annimmt. Der Arzt hat sie nicht richtig aufgeklärt.

Nachteile

Vermutlich reagieren die meisten Ärzte nicht besonders erfreut, wenn ihnen dieselbe Therapiepraxis ständig Patienten zur Verordnungskorrektur zurückschickt. Wenn die Patienten sich dann auch noch beklagen, der Therapeut hätte gesagt, ein vernünftiger Arzt kläre direkt über Fristenregelungen auf, schafft das ein schlechtes Klima zwischen Arzt und Heilmittelerbringer.

Vorgehen 3

Was nicht passt, wird passend gemacht

Das ist ja alles nur blöde Formsache, wen interessiert das schon. Ich schreibe beim ersten Behandlungsdatum einfach ein passendes Datum rein und trage die weiteren Termine entsprechend nach. Und schon habe ich kein Problem mehr. Als wenn das irgendjemandem interessieren würde...

Vorteile

Wenn wir Fristen auf dem Papier einhalten, haben wir die Heilmittel-Verordnung auch formal korrekt abgearbeitet und können sie abrechnen. Eine Absetzung wegen Fristüberschreitung haben wir also nicht zu befürchten.

Nachteile

Wer ein falsches Behandlungsdatum auf einer Verordnung dokumentiert, begeht Betrug – und kann entsprechend bestraft werden. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen solche Umdatierungen aufgeflogen sind. Das passiert zum Beispiel, weil Therapeuten aus Versehen einen Sonntag oder einen Krankenhaustag als fiktives Behandlungsdatum eintragen. Es passiert, weil ein Patient oder ein ehemaliger Mitarbeiter die Praxis bei der Krankenkasse anschwärzt. Es passiert, weil die Krankenkassen-Computersysteme die Verordnungsmuster immer besser auf Plausibilität prüfen können. Wenn es dann auffliegt, muss die Praxis die Vergütung zurückbezahlen, zusätzliche eine Vertragsstrafe berappen und mit einer Anzeige wegen Betrugs rechnen.

Vorgehen 4

Fristenprobleme kenne ich in meiner Praxis nicht

Meine Patienten sind sich darüber im Klaren, dass sie etwas von mir wollen und dass wir hier in der Praxis Probleme gemeinsam mit ihnen angehen. Deswegen achten meine Patienten penibel auf die Einhaltung der Fristen – im eigenen Interesse, denn sonst ist Behandlung zu Ende oder sie müssen noch einmal zum Arzt! Jeden neuen Patienten informieren meine Mitarbeiter und ich noch vor und auch während seiner Behandlung ausführlich darüber.

Vorteile

Gut aufgeklärte Patienten sind selbstständiger und tragen aktiv dazu bei, Fristüberschreitungen zu vermeiden. Das hilft dabei, Absetzungen zu vermeiden und steigert die Therapiequalität. Denn wer Verantwortung für seine Fristen übernimmt, versteht vermutlich auch, dass Therapie nicht einfach nette Entspannung ist, sondern auch Einsatz vonseiten der Patienten fordert.

Nachteile

„Oberlehrerhaftes“ Verhalten gegenüber dem Patienten kommt nicht gut an. Und wenn die Sympathie gegenüber der Therapeutin sinkt, kann sich das auch negativ auf Therapieeffekt und Compliance auswirken. Praxischefs sollten sich also gut überlegen, welche Informationen sie und ihre Mitarbeiter an die Patienten weitergeben.

Vorgehen 5

Datums- oder Fristen-Probleme gibt es nicht, wenn man weiß, wie das Spiel funktioniert

Mal ehrlich: es gibt kein Problem mit Fristen. Es gibt nur Therapeuten, die zu bequem sind, sich mit den Spielregeln der GKV-Abrechnung zu beschäftigen. Als up-Leser weiß ich doch, wie ich solche Verordnungen einfach nach telefonsicher Rücksprache mit der Arztpraxis selbst korrigieren und abrechnen kann.

Vorteile

Wer weiß, wie er abgelaufene Verordnungen selbst korrigieren kann, spart viel Zeit. Da Heilmittelpraxen Ärzte so nicht wegen jeder Kleinigkeit um eine Korrektur bitten müssen, beeinflusst das auch das Arzt-Therapeuten-Verhältnis positiv.

Nachteile

Der einzige Nachteil an diesem Lösungsvorschlag ist der Unglaube, mit dem manche Therapeuten auf ihn reagieren. „Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir solche Probleme selbst lösen dürfen“, denken offenbar einige Kollegen und schicken jede Fristüberschreitung lieber weiter zum Arzt zurück. Die Ärzte sind dann genervt und machen sich ein schlechtes Bild von Heilmittelerbringern. Dass es auch Therapeuten gibt, die versuchen, ihnen die Korrekturarbeit geschickt abzunehmen, rückt in den Hintergrund. ■ [jw]



up|Umfrage:
Wie hältst du es mit abgelaufenen Verordnungen?

Was meine Sie, wie handhaben Sie diese Frage in Ihrer Praxis? Machen Sie mit bei unserer aktuellen Befragung im Internet auf www.up-aktuell.de

up Umfrage mitmachen!

Artikel zur Umfrage

up|umfrage: Wie hältst du's mit abgelaufenen Verordnungen?

- Wer sich nicht an Fristen hält, der muss eben noch einmal zurück zum Arzt.
- Das muss der Arzt (er)klären.
- Was nicht passt, wird passend gemacht.
- Fristenprobleme kenne ich in meiner Praxis nicht.
- Datums- oder Fristen-Probleme gibt es nicht, wenn man weiß, wie das Spiel funktioniert.

Absenden

Betriebswirtschaftliches Basiswissen

Sicherheit, Zufriedenheit und Klarheit für
Therapie-Unternehmer

Betriebswirtschaft in der Praxis – ein Thema, das für Therapeuten meistens nicht auf dem Ausbildungsplan steht. Dabei ist Betriebswirtschaftslehre (BWL) die Grundlage für eine langfristige Sicherung Ihrer beruflichen Existenz. In unserem Seminar „Betriebswirtschaftliche Grundlagen für Therapeuten“ haben wir die Grundkenntnisse übersichtlich und einfach für Sie aufbereitet.

Ihr Nutzen

Nach dem Seminar haben Sie im Blick ...

- ▶ Gewinn: Garant für gute Leistungen in der Zukunft!
- ▶ Ausgleich: Persönliche Abwägung zwischen Gewinn und Freizeit!
- ▶ Vergleich: So erfolgreich ist meine Praxis!
- ▶ Kennzahlen: Mit wenigen Zahlen viel lenken!
- ▶ Privattarife: Lassen Sie sich Ihre Leistung gut bezahlen!
- ▶ Ideen: So lässt sich der Umsatz steigern!

... und die Antworten auf ...

- ▶ BWA – was heißt das eigentlich?
- ▶ Wozu benötige ich Kennzahlen?
- ▶ Wie kann ich meinen Umsatz durch organisatorische Veränderungen optimieren?
- ▶ Wann rechnet sich eine Rezeptionsfachkraft?

Kurzum: Erarbeiten Sie sich, wie Sie Ihre Praxis unter betriebswirtschaftlichen und therapeutischen Gesichtspunkten zum Erfolg führen. Lernen Sie, Praxisfinanzen zu verstehen. Mit den neu erworbenen Grundkenntnissen wirtschaften Sie noch erfolgreicher.

Zielgruppe

Praxisinhaber und Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referent Michael Bekaun

Michael Bekaun ist bereits seit einigen Jahren für die Firma buchner tätig und daher ein Profi bezüglich der speziellen Bedürfnisse von Therapeuten. Als Diplom-Betriebswirt, Steuerberater und ehemaliger Wirtschaftsprüfer ist er komplett in der Materie, wenn es um Kennzahlen, BWL und Buchhaltung geht. Verständlich und so gar nicht trocken erklärt er Inhalte, die für so manchen Praxisinhaber und Therapeuten bislang ein Buch mit sieben Siegeln darstellten.

Termine

07./08.04.2017 in Bonn

27./28.10.2017 in Berlin

24./25.11.2017 in Nürnberg

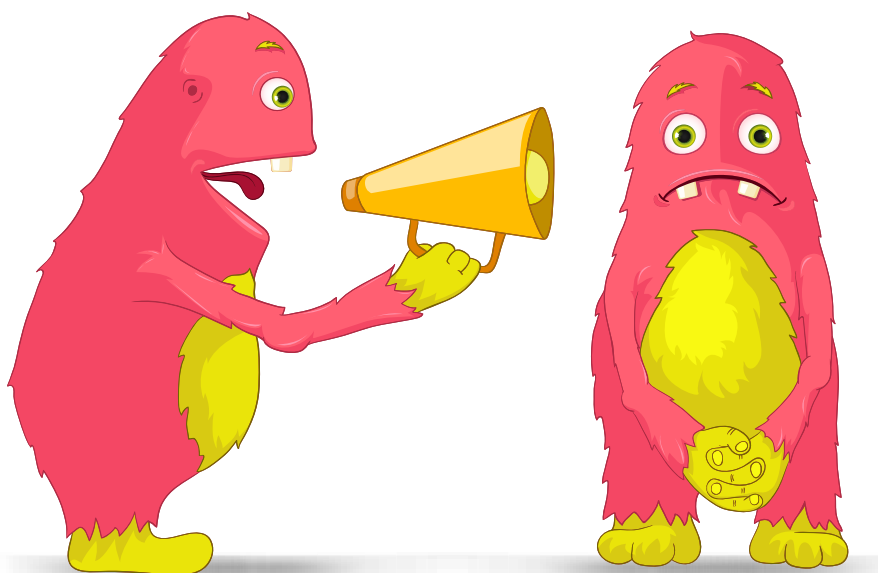
Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 oder
info@buchner-consulting.de

Die Teilnahme kostet Euro 329,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr in Höhe von Euro 329,50 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer fällt mit der Anmeldung an.

Mitarbeiter kritisieren – aber bitte richtig



In einem Team kommt es immer mal wieder vor, dass ein Mitarbeiter anders handelt, als sein Chef es sich wünscht. Häufig müssen Praxisinhaber dann das Gespräch mit ihren Angestellten suchen. Deren Reaktion auf die Kritik kann völlig unterschiedlich ausfallen. Einige nehmen sie gut auf, andere weinen oder rasten vielleicht sogar direkt aus. Chefs können mit einigen Verhaltensweisen dafür sorgen, dass solche Gespräche nicht eskalieren.

Morgens kurz vor acht Uhr in einer fiktiven Physiotherapiepraxis

in Deutschland. In den Räumen herrscht schon lange reges Treiben. Die ersten Patienten warten auf ihre Behandlungen, die Therapeuten sind startklar – nur einer nicht. Kollege Meyer kommt wie immer auf den letzten Drücker, hetzt in die Praxis, wirft seine Jacke in den Aufenthaltsraum und eilt ins Behandlungszimmer. Heute ist er ausnahmsweise einmal pünktlich. Die Kollegen haben sich über dieses Verhalten schon häufiger bei ihrem Chef beschwert, denn an ihnen bleibt morgens die gesamte Vorbereitung hängen. Der Praxisinhaber muss also ein ernstes Wörtchen mit seinem Mitarbeiter reden. Er weiß aber auch: Der Kollege ist nicht besonders kritikfähig und neigt dazu, laut zu werden und sich permanent zu rechtfertigen.

Nicht jeder verträgt Kritik

Menschen gehen sehr unterschiedlich mit Kritik um. Einige haben ein geringes Selbstbewusstsein. Sie reagieren dann auf kritische Gespräche häufig geknickt und fangen vielleicht sogar an, zu weinen. Andere verstehen nicht, was sie falsch gemacht haben sollen, werden wütend und beginnen, zu diskutieren. „Das Problem ist, dass viele Menschen Kritik meist persönlich nehmen. Es ist eben schwer, Fehler und falsche Verhaltensweisen nur auf der Sachebene zu betrachten“, sagt Sarah Pierenkemper, Referentin im Projekt Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung am Institut der deutschen Wirtschaft Köln. „Je besser ich es schaffe, Kritik auf die Sache und nicht meine Person zu beziehen, desto leichter kann ich sie annehmen.“



Sarah Pierenkemper,
Referentin im Projekt
Kompetenzzentrum
Fachkräftesicherung am
Institut der deutschen
Wirtschaft Köln

Fehler in kritischen Gesprächen vermeiden

Chefs können dazu beitragen, dass ihren Mitarbeitern das gelingt. „Es ist natürlich wichtig, dass Führungskräfte solche kritischen Gespräche immer sachlich führen und ihre Kritik an konkreten Beispielen und Fakten festmachen“, erläutert Pierenkemper. Doch selbst dann führen Mitarbeiter natürlich ungern Gespräche über ihre Fehlritte. Dementsprechend viele Fehler gibt es auch, die Chefs beim Kritisieren machen können. Die Expertin erklärt die häufigsten:

1. Das Verhältnis von Lob und Kritik ist nicht ausgeglichen. Ich spreche also nur mit meinen Mitarbeitern, wenn ich etwas zu kritisieren habe und nie, wenn sie etwas gut machen. Das ist ein Garant dafür, dass meinen Mitarbeitern schon der Schweiß auf der Stirn steht, wenn ich mit ihnen sprechen möchte.
2. Kritik ist immer nur destruktiv, nie konstruktiv. Wer immer nur geradeaus sagt, was die Mitarbeiter schlecht machen, ohne gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten, sorgt für schlechte Stimmung und wenig positive Veränderung.
3. Der Zeitpunkt ist unpassend. Gerade in dem Moment, in dem ich mich am meisten aufrege, solle ich darauf verzichten, direkt ein Feedback zu geben. Besser ist es, den Ärger erst einmal sacken zu lassen und durchzuatmen.
4. Sie kommen immer zu spät. Sie machen immer alles falsch. Mit diesen Verallgemeinerungen schaffen Chefs es, ihre Mitarbeiter so richtig zu demotivieren. Führungskräfte müssen bei den Fakten bleiben und Neutralität wahren.
5. Gespräche zwischen Tür und Angel führen, vielleicht sogar, wenn andere Kollegen anwesend sind. Ein Tipp der Expertin: Chefs müssen sich den Moment Zeit nehmen, die Türen schließen und in Ruhe mit ihren Mitarbeitern reden. Außerdem geht das Besprochene die anderen Kollegen nichts an.

Deeskalierend auf Mitarbeiter einwirken

Das ist alles leichter gesagt, als getan. In stressigen Situationen sind Chefs auch nur Menschen und machen Fehler. Wer jedoch immer in diese Fallen tappt, trägt dazu bei, dass die Mitarbeiter bei Kritik empfindlich reagieren. Dann kann das Gespräch schnell es-

kalieren. „In solchen Situationen ist Empathie gefragt. Führungskräfte müssen das Gespräch unbedingt auf die sachliche Ebene zurückholen und die Gemüter beruhigen“, erklärt Pierenkemper. Es hilft, wenn Chefs genaue Beispiele bringen können. In unserem Fall von oben sollte der Praxisinhaber über ein paar Tage hinweg das Zuspätkommen des Mitarbeiters dokumentieren. „Sie sind immer unpünktlich!“ wäre eine sehr unspezifische Aussage. Besser ist Pierenkemper zufolge: „Mir ist aufgefallen, dass Sie am Montag erst um acht in die Praxis kamen und ihre Patientin warten musste. Das Gleiche passierte auch am Donnerstag und Freitag.“ So nehmen Chefs ihren Mitarbeitern auch die Grundlage für unnötige Rechtfertigungen.

Mitarbeiter zu Wort kommen lassen

Das bedeutet aber nicht, dass Mitarbeiter die Anschuldigungen nur hinnehmen sollen. Vielmehr geht es darum, Hilfe und Unterstützung anzubieten. „Es ist auch wichtig, nach den Gründen für das jeweilige Verhalten zu fragen. Was steckt dahinter, dass der Mitarbeiter immer zu spät kommt? Muss er sich noch um die Betreuung der Kinder kümmern oder hat einen langen Anreisetag?“, so die Expertin. „Häufig können die Chefs dazu beitragen, eine gemeinsame Lösung zu finden und auf diesem Weg eine Eskalation zu vermeiden.“

Manchmal gibt es jedoch der Expertin zufolge nur noch einen Ausweg: Das Gespräch für eine bestimmte Zeit zu unterbrechen und sich am nächsten Tag noch einmal zusammen zu setzen – wenn sich alle Gemüter beruhigt haben. ■

[km]



Das Verhältnis von
Lob und Kritik muss
ausgeglichen sein. Als
Praxisinhaber sollten Sie
Ihren Mitarbeitern auch
sagen, wenn sie etwas
gut machen

Wer krank ist, muss in der Regel nicht zum Personalgespräch

Krankgeschriebene Mitarbeiter müssen grundsätzlich nicht am Arbeitsplatz erscheinen, auch nicht zu einem Personalgespräch über die weitere Zusammenarbeit. Das hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt kürzlich entschieden. Es könne aber auch Fälle geben, in denen ausnahmsweise eine solche Pflicht besteht.

Im konkreten Fall war ein Berliner Krankenpfleger nach einem Unfall länger ausgefallen und danach befristet als Dokumentationsassistent eingesetzt. Im November 2013 erkrankte er kurz vor Ende seines Vertrages erneut. Sein Arbeitgeber lud ihn „zur Klärung der weiteren Beschäftigungsmöglichkeit“ zu einem Personalgespräch ein, das der Krankenpfleger allerdings unter Hinweis auf seine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit ablehnte. Es folgten bis Februar 2014 noch zwei weitere Aufforderungen, denen der krankgeschriebene Mitarbeiter aber auch nicht folgte. Daraufhin mahnte ihn der Arbeitgeber ab.



Ausnahme sind unverzichtbare betriebliche Gründe

Dagegen klagte der Krankenpfleger. Die obersten Arbeitsrichter des BAG gaben ihm im Grundsatz Recht und erklärten – wie schon die Vorinstanzen – die Abmahnung für unwirksam. Krankgeschriebene Arbeitnehmer seien in der Regel nicht verpflichtet, im Betrieb zu einem Personalgespräch über die Weiterbeschäftigung zu erscheinen – es sei denn, „dies ist ausnahmsweise aus betrieblichen Gründen unverzichtbar und der Arbeitnehmer ist dazu gesundheitlich in der Lage“.

Auch sei es dem Arbeitgeber nicht grundsätzlich untersagt, mit seinem kranken Mitarbeiter in einem zeitlich angemessenen Umfang schriftlich oder telefonisch Kontakt aufzunehmen. Die Erfurter Richter lehnten dementsprechend ab, festzustellen, der Kläger sei generell während seiner Arbeitsunfähigkeit nicht zur Teilnahme an Personalgesprächen verpflichtet (Az.: 10 AZR 596/15). ■

[ks]

Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Bayern	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Bremen	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Hamburg	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Niedersachsen	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Nordrhein-Westfalen	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Rheinland-Pfalz	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Schleswig-Holstein	Podologie	AOK	01.02.2017	Erster Behandlungstermin
Alte Bundesländer	Physiotherapie	vdek	01.01.2017	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Physiotherapie (ohne ZVK TH)	vdek	01.01.2017	Verordnungsdatum

Hausbesuch

Zufrieden an fünf Standorten

Für unsere „Hausbesuche“ fragen wir Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber aus ganz Deutschland, was sie zurzeit in ihrem Berufsleben bewegt. Dieses Mal erzählt Dirk Promnitz von seinem Familienunternehmen – einer Praxis mit fünf Standorten in Brandenburg und rund 100 Mitarbeitern.



Was ist Ihnen heute in der Praxis widerfahren? Was wird Ihnen in Erinnerung bleiben?

PROMNITZ | Heute kam eine Patientin in die Praxis, eine ältere Dame. Sie fragte ganz lieb, ob wir vielleicht Öl für ihre Nähmaschine hätten. Da habe ich ihr unser bestes Öl speziell für Laufbänder geholt. Damit ölt sie jetzt ihre Nähmaschine und bringt es mir morgen zurück. Für mich zeigt das, dass wir in allen Belangen für unsere Patienten da sind.

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

PROMNITZ | Ich denke, die täglichen kleinen Dinge und die kleinen Erfolge machen das Leben aus. Gestern zum Beispiel hatte ich ein Geschäftsessen mit einem zuweisenden Arzt, der die Therapieberichte einer meiner Therapeutinnen in höchsten Tönen gelobt hat. Das freut mich, da weiß ich, dass mein Qualitätsmanagement so läuft, wie ich es haben möchte.

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

PROMNITZ | Da muss ich ganz klar sagen: Da gibt es nichts. So wie es ist, soll es sein. Und selbst wenn einmal irgendwo eine Tür zugeht, geht woanders wieder eine auf – auch Missgeschicke können eine Chance sein.

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

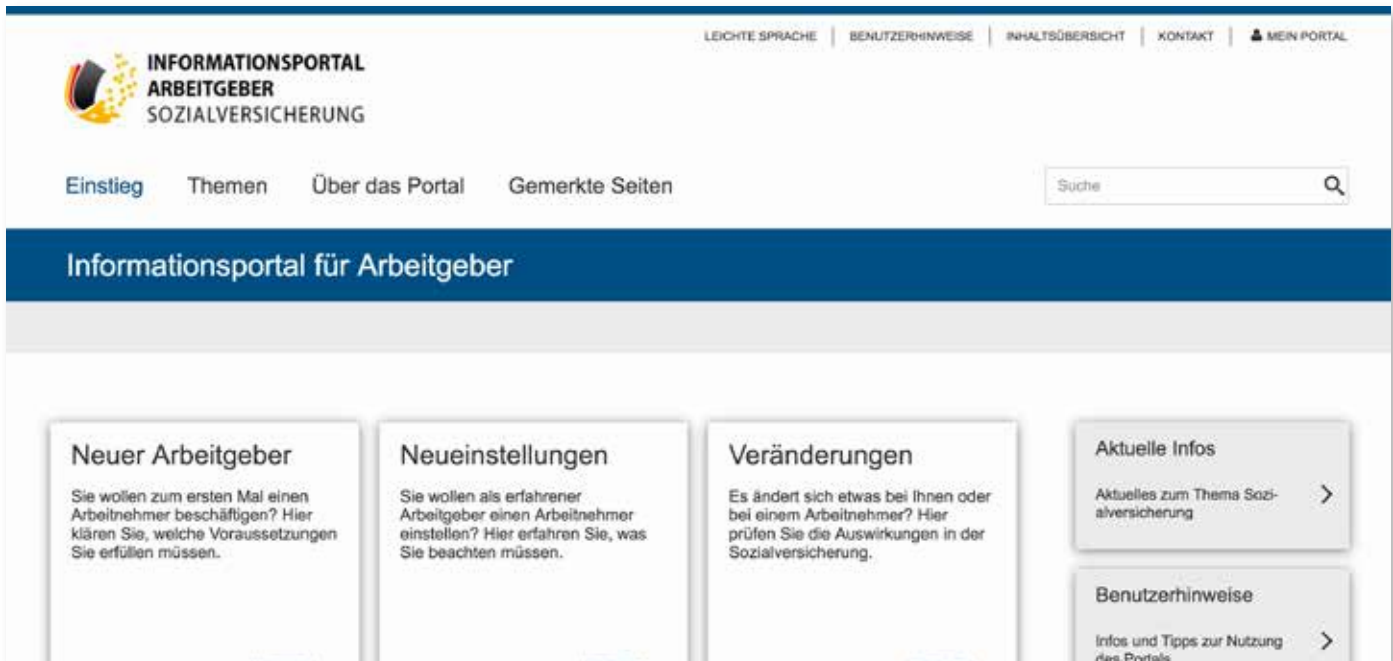
PROMNITZ | Als Kind hätte ich an dieser Stelle von der Fee immer unendliche viele Wünsche gewollt. Jetzt würde ich sagen: Ich bin vollauf zufrieden. Also würde ich mir für meine Umgebung, für die Menschen dieser Erde Gesundheit und Frieden wünschen. ■ [mk]

Die Praxis: Promnitz – Therapie im Zentrum

- ▶ 1991 gründete Ilse Promnitz ihre erste Praxis für Physiotherapie in Brandenburg an der Havel, in der Nähe von Potsdam. Später stiegen ihre Kinder Dirk und Kristin in das Unternehmen mit ein.
- ▶ Mittlerweile beschäftigt die Praxis an fünf Standorte in vier Städten rund 100 Mitarbeiter. 2016 gewann sie den Great Place to Work-Preis als bester Arbeitgeber im Bereich ambulante Versorgung.
- ▶ Die Praxis ist an allen Standorten breit und interdisziplinär aufgestellt, unter anderem mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sporttherapie, Aquafitness und Kindertherapie.

Online-Ratgeber für Chefs

Neue Mitarbeiter richtig melden



Ein neues Informationsportal soll unerfahrenen Arbeitgebern dabei helfen, Mitarbeiter einzustellen und sie korrekt bei den Sozialversicherungsträgern zu melden. Sinnvoll sein kann das zum Beispiel für Therapeuten, die ihre erste Praxis gründen.

Unter der Internetadresse www.informationsportal.de finden Praxischefs seit Januar 2017 Informationen für Arbeitgeber rund um das Thema Sozialversicherung. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gab das Portal im Jahr 2014 in Auftrag. Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung richtete es ein. Zuständig für den Betrieb der Plattform ist nun der GKV-Spitzenverband.

Starthilfe für frisch gebackene Chefs

Laut den Betreibern soll das Informationsportal eine Orientierungshilfe für Arbeitgeber sein. Die individuelle Beratung durch die Sozialversicherungsträger könne es aber nicht ersetzen. Dennoch dürfte das Portal, wenn es gut angenommen wird, den Be-

ratungsaufwand der Versicherer reduzieren – sei es, weil mehr Arbeitgeber ohne Beratung zurechtkommen oder weil sie sich vor Gesprächen besser informieren.

Zielgruppe sind vor allem jene Chefs kleiner und mittlerer Unternehmen, die noch wenig Erfahrung mit dem Sozialversicherungswesen haben. Unseres Erachtens kann das Portal zum Beispiel für Praxischefs in folgenden konkreten Fällen sinnvoll sein:

- ▶ Therapeut A gründet zum ersten Mal eine Praxis oder stellt nach langjährigem Einzelkämpfer-Dasein erstmals Kollegen ein.
- ▶ Praxischefin B möchte mit einem neuen Mitarbeiter ein Beschäftigungsverhältnis eingehen, das sie so noch nie in ihrer Praxis hatte – zum Beispiel freie Mitarbeiter, Teilzeit-Kräfte oder Studenten.
- ▶ Praxischef C möchte wissen, was passiert, wenn sich bei seiner Mitarbeiterin etwas grundlegend ändert – sie zum Beispiel schwanger ist oder durch eine Krankheit für längere Zeit ausfällt.

Informationen eingeben, Ratschläge erhalten

Das Prinzip der Plattform: Nutzer geben Informationen über sich als Arbeitgeber, über den neuen Mitarbeiter und über das Beschäftigungsverhältnis ein, das sie mit ihm eingehen möchten.

Dazu klicken sie sich durch verschiedene Fragen, die meisten davon in Ja/Nein-Form. Die richtigen Fragebogen zu finden, kann dabei anfangs etwas knifflig sein. Doch das Portal speichert die Antworten und lässt einen immer wieder zu ihnen zurückkehren. Am Ende fasst es Tipps und Informationen für den Nutzer zusammen, zum Beispiel:

- ▶ Ob er die „grundsätzlichen Voraussetzungen zur Erfüllung der Meldepflichten gegenüber der Sozialversicherung“ erfüllt – und was er tun muss, wenn dies nicht der Fall ist.
- ▶ Welche formalen Schritte ein neuer Arbeitgeber noch erledigen muss, etwa eine Betriebsnummer beantragen und sich bei der Gesetzlichen Unfallversicherung anmelden.
- ▶ Welche Dokumente und Informationen er für die Sozialversicherungsträger benötigt, auch vom zukünftigen Arbeitnehmer.
- ▶ Welche Angaben er bei der Meldung zur Sozialversicherung machen muss.
- ▶ Was er darüber hinaus als Arbeitgeber noch beachten sollte, also einige allgemeine Tipps.

Beispiel: Praxisgründung und erste Mitarbeiterin

Therapeut A gründet eine neue Praxis und will direkt eine Therapeutin in Vollzeit anstellen. Er klickt auf www.informationsportal.de auf den Bereich „Direkteinstieg Arbeitgeber“ und gelangt über die Buttons „Direkteinstieg neuer Arbeitgeber“ -> „Arbeitgeber“ zum ersten Fragebogen. Dort beantwortet er Fragen zu seinem Betrieb und dazu, wie er die Entgeltrechnung für die Mitarbeiter durchführen will.

Informationen zum Betrieb

Er klickt auf „Zurück“ und daraufhin auf „Zusammenfassung anzeigen“. Nun erhält er eine Reihe von Informationen bezüglich seiner Stellung als Arbeitnehmer:

- ▶ Er hat zwar bereits eine Betriebsnummer, muss sich aber noch bei der Gesetzlichen Unfallversicherung anmelden.
- ▶ Er erhält Infos dazu, wie er die Entgeltabrechnung selbst durchführen kann und worauf er bei der Auswahl der Software dafür achten muss.

A nimmt die Infos zur Kenntnis. Anschließend öffnet er die aktuelle Internetseite in einem neuen Tab nochmal. Klickt er nun auf das Häuschen-Symbol in der Navigation links, gelangt er wieder zur Übersichtsseite. Das Portal speichert derweil die Antworten, die er bereits gegeben hat. Dann klickt er weiter durch: „Neueinstellung“ -> „Direkteinstieg Neueinstellung“ -> „Voll- und Teilzeit“ -> „Beitragsgruppe“.

Unter „Beitragsgruppe“ macht Therapeut A Angaben über die Arbeitnehmerin. Er trägt unter anderem ihr Geburtsdatum ein, wie viel sie verdient, ob sie unbefristet beschäftigt sein wird. Über den Bereich „Personengruppe“ lässt sich herausfinden, ob besondere Merkmale gelten, wie für Studenten, Minijobber und Auszubildende. All das kann Therapeut A in diesem Fall ausschließen.

Angaben für die Meldung zur Sozialversicherung

Mit einem Klick auf „Zurück“ gelangt A wieder zur Zusammenfassung. Dort erhält er jetzt eine große Menge an Informationen. Die ersten helfen ihm die Meldung zur Sozialversicherung für die Mitarbeiterin auszufüllen. Er kann sie über den Button „PDF“ direkt herunterladen und ausdrucken. Die Plattform berichtet ihm:

- ▶ Bei der Gleitzone muss er eine 0 eintragen.
- ▶ Für die Arbeitnehmerin besteht grundsätzlich Versicherungspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Beitragsgruppe muss dementsprechend an der 1. und 4. Stelle eine 1 steht.
- ▶ Für die Arbeitnehmerin besteht grundsätzlich Versicherungspflicht zur Rentenversicherung. Daraus ergibt sich, dass in der Beitragsgruppe an der 2. Stelle eine 1 steht.
- ▶ Für die Arbeitnehmerin besteht grundsätzlich Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung besteht. In der Beitragsgruppe steht also an der 3. Stelle eine 1.

Anschließend stehen dort allgemeine Infos für Arbeitgeber, zum Beispiel:

- ▶ Chefs müssen neue Arbeitnehmer zu deren ersten Lohn- und Gehaltsabrechnung melden, spätestens aber sechs Wochen nach dem Beschäftigungsbeginn.
- ▶ Die Beitragszahlungen berechnen Arbeitgeber selbst. Bis zum fünftletzten Arbeitstag im Monat müssen sie die Beitragsnachweise übermittelt haben, jeweils einen für alle Mitarbeiter, die bei derselben Krankenkasse versichert sind.
- ▶ Eine Liste gibt einen Überblick darüber, welche Angaben Chefs von zukünftigen Mitarbeitern einholen müssen, von Namen und Anschrift bis zur Sozialversicherungsnummer.

Unser Beispiel zeigt den Fall einer Vollzeitkraft ohne besondere Merkmale – die Seite kann ebenso Informationen auswerfen für Stellen und Mitarbeiter, die ganz andere Voraussetzungen mitbringen. Nutzer können den Fall eines älteren Minijobbers, der nebenher bereits Rente bezieht, ebenso durchspielen wie den des Studenten, der als Teilzeitkraft arbeitet und wie jenen einer Auszubildenden. ■

[mk]

Kein Streit um Brückentage

Manchmal ist Betriebsurlaub eine Alternative

2017 ist ein arbeitnehmerfreundliches Jahr – die meisten Feiertage liegen auf einem Wochentag. In diesem Jahr gibt es ausnahmsweise bundesweit sogar noch einen weiteren gesetzlichen Feiertag, den Reformationstag am 31. Oktober aufgrund des 500. Reformationsjubiläums. Des einen Freud ist des anderen Leid: Mancher Praxisinhaber wird sich um mögliche Ausfallquoten oder Streitigkeiten unter den Mitarbeitern um bestimmte Brückentage sorgen.



Nicht nur Praxismitarbeiter werden die Brückentage für eine Ausdehnung ihrer Urlaubstage nutzen – auch die Patienten. Die Folge: Möglicherweise sagen viele Patienten ihre Termine kurzfristig ab oder erscheinen einfach nicht, weil sie den Termin vor Freude über das verlängerte Wochenende vergessen haben.

Praxisinhaber können überlegen, die Praxis an solchen Tagen gleich ganz zu schließen. Ein Betriebsurlaub erspart ihnen dann sowohl möglichen Ärger mit Patienten als auch Streit im Team um die begehrten Urlaubstage. Allerdings bedeuten Praxisferien auch immer, dass für die Zeit der Umsatz ausbleibt.

Deadline für Urlaubs-Einreichung

Ist die Praxis am Brückentag geöffnet, gilt für die Mitarbeiter, die Urlaub einreichen: Wer zuerst kommt, mahlt zuerst. Allerdings sollten Praxisinhaber darauf achten, dass nicht immer die gleichen Mitarbeiter an Brückentagen frei bekommen. Zur Wahrung des Betriebsklimas sollte der Grundsatz der Gleichbehandlung gelten. Im Optimalfall haben also im Laufe des Jahres möglichst alle Mitarbeiter einmal die Chance, einen Brückentag zu nutzen. Eine mögliche Alternative wäre es, wenn der Praxisinhaber einen bestimmten Termin festsetzt, bis wann der Urlaub für die Brückentage des ganzen kommenden Jahres eingereicht werden muss. Dann kann er auswählen, wer welchen Urlaubstag erhält.

Verweigerung von Urlaubswünschen nur aus betrieblichen Gründen

Chefs dürfen Urlaubswünsche grundsätzlich nur verweigern, wenn dringende betriebliche Gründe oder soziale Gesichtspunkte vorliegen – so schreibt es das Bundesurlaubsgesetz vor. Soziale Gesichtspunkte sind laut gängiger Rechtsprechung zum Beispiel Lebensalter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Alter und Zahl der Kinder sowie der sonstigen Familienangehörigen. Praxisinhaber können also zum Beispiel Mitarbeitern mit Kindern das Vorrecht geben, sich in der Zeit der Schulferien Urlaub zu nehmen. Ein Argument kann außerdem sein, wenn Mitarbeiter sich mit ihrem Ehepartner abstimmen müssen, um ihren gemeinsamen Urlaub zu planen. ■

[ks]

Brückentage 2017

Hier finden Sie eine Übersicht über die gesetzlichen Feiertage im Jahr 2017. Das sind zwar gute begehrte Brückentage für Urlaub, sind aber auch Tage mit erhöhter Absagequote. Deswegen ist Praxis-schließung an solchen Tagen eine Option.

OSTERN | bundesweit
Datum: 14. April (Karfreitag) und 17. April (Ostermontag)
Zeitraum: 8. bis 23. April
Urlaubstage: 8
Freie Tage: 16

TAG DER ARBEIT | bundesweit
Datum: 1. Mai (Montag)
Zeitraum: 29. April bis 7. Mai
Urlaubstage: 4
Freie Tage: 9

CHRISTI HIMMELFAHRT | bundesweit
Datum: 25. Mai (Donnerstag)
Zeitraum: 20. bis 28. Mai
Urlaubstage: 4 (oder 1 bei verlängertem Wochenende)
Freie Tage: 9 (oder 4 bei verlängertem Wochenende)

PFINGSTEN | bundesweit
Datum: 4./5. Juni (Sonntag/Montag)
Zeitraum: 27. bis 5. Juni
Urlaubstage: 5
Freie Tage: 10
Tipp: Wer Pfingsten und Christi Himmelfahrt kombiniert, hat mit 9 Urlaubstagen insgesamt 17 Tage am Stück frei.

FRONLEICHNAM | nur in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland
Datum: 15. Juni (Donnerstag)
Zeitraum: 10. bis 18. Juni
Urlaubstage: 4 (oder 1 bei verlängertem Wochenende)
Freie Tage: 9 (oder 4 bei verlängertem Wochenende)
Tipp: Wer die Brückentage nach Christi Himmelfahrt und Fronleichnam kombiniert, hat mit 9 Urlaubstagen insgesamt 17 Tage am Stück frei.

TAG DER DEUTSCHEN EINHEIT | bundesweit
Datum: 3. Oktober (Dienstag)
Zeitraum: 30. September bis 8. Oktober
Urlaubstage: 4 (oder 1 bei verlängertem Wochenende)
Freie Tage: 9 (oder 4 bei verlängertem Wochenende)

REFORMATIONSTAG | bundesweit nur 2017
Datum: 31. Oktober (Dienstag)
Zeitraum: 28. Oktober bis 5. November
Urlaubstage: 4 (oder 1 bei verlängertem Wochenende)
Freie Tage: 9 (oder 4 bei verlängertem Wochenende)

ALLERHEILIGEN | nur in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland
Datum: 1. November (Mittwoch)
Zeitraum: 28. Oktober bis 1. November
Urlaubstage: 2
Freie Tage: 5
Tipp: Wer in den entsprechenden Bundesländern arbeitet, kann sich die Woche um Reformationstag und Allerheiligen mit nur 3 Urlaubstagen komplett freinehmen.

WEIHNACHTEN UND SILVESTER/NEUJAHR | bundesweit
Datum: 24. bis 26. Dezember (Sonntag bis Dienstag) bzw. 31. Dezember/1. Januar (Sonntag/Montag)
Zeitraum: 23. Dezember bis 1. Januar 2017
Urlaubstage: 3
Freie Tage: 10



Kommunikation mit Demenz-Patienten

Gerontologopädie: Sprachtherapie für ältere Menschen



Wann sind Sprechstörungen bei älteren Patienten altersbedingt, wann pathologisch? Diese Frage beschäftigte die Logopädin Britta Weinbrandt aus Güter im schleswig-holsteinischen Kreis Herzogtum Lauenburg. Sie musste bereits nach wenigen Berufsjahren erkennen, dass sie mit der klassischen Aphasie-Therapie, wie sie sie in ihrer logopädischen Ausbildung gelernt hatte, bei vielen älteren Patienten nicht weiterkam. Heute ist sie auf das Gebiet „Kommunikation bei Demenz“ spezialisiert.

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Damit steigt für immer mehr Menschen im hohen Alter das Risiko, an Demenz zu erkranken. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz leben gegenwärtig mehr als 1,5 Millionen Demenzkranke in Deutschland, 2050 könnten es etwa drei Millionen sein.

Erste Anzeichen von Vergesslichkeit sprechen nicht gleich für eine beginnende Demenz. Sie gehören zum physiologischen Alterungsprozess, der mit rund 50 Jahren beginnt. So beschreibt es Logopädin Britta Weinbrandt auf ihrer Praxis-Website. Bei Menschen mit Demenz wiederum nehme nicht nur das Erinnerungsvermögen ab, sondern auch die allgemeine Fähigkeit, zu denken.

Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

Im Anfangsstadium der Demenz klagen sowohl Erkrankte als auch ihre Angehörigen über Probleme in der Kommunikation. Demenzkranke finden oft nicht die richtigen Worte und können sich vieles nicht mehr merken. Später verschlechtert sich ihre Kommunikationsfähigkeit: Es kommt häufig zu Satzabbrüchen und Artikulationsstörungen.

Die Behandlungsmöglichkeiten der Logopädie können bei derartigen Sprach- und Sprechstörungen helfen. „Besonders der ganzheitliche Ansatz der Gerontologopädie bietet Menschen mit Demenzerkrankungen etwas, das ihnen wirklich hilft“, sagt die 44jährige Praxisinhaberin. Zwar sei die Demenz heute glücklicherweise in der Öffentlichkeit präsenter als früher. Doch die logopädischen Therapien seien noch nicht ausreichend bekannt. Demenz ist auch (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen zu finden. Die Therapie wird in der Regel unter dem Indikationsschlüssel „SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung“ abgerechnet.

Umfassende Diagnostik und Einbeziehung der Angehörigen

Bei der Behandlung von Demenz-Patienten sind Weinbrandt zufolge besonders zwei Dinge entscheidend: eine umfassende Diagnostik, um den Verlauf der Demenz dokumentieren zu können, und die Einbeziehung der Angehörigen von Anfang an. Mit Hilfe von verschiedenen Demenz- und Aphasietests kann die Logopädin feststellen, welche sprachlichen Probleme auftreten. Zum Einsatz kommen dabei unter anderem der Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA)-Test, der Aachener Aphasie-Test und das Bielefelder Wortfindungs-Screening für leichte Aphasien (BIWOS).

„Dabei habe ich auch schon erlebt, dass sich ein Patient in einem Test so angestrengt hat, dass er für den Rest des Tages für seine Angehörigen nicht mehr ansprechbar war. Dass Kommunikation für Demenzkranke anstrengend sein kann, müssen Angehörige erst einmal wissen, um es verstehen zu können“, erklärt Weinbrandt. Oft merkt das Umfeld nicht einmal, dass er sie falsch versteht. Dies kann zu Missverständnissen führen, die zu einer enormen Belastung im Miteinander führen können.

Hilfe bei Sprech-, Sprachstörungen und Schluck-Beschwerden

Am Anfang der Erkrankung können logopädische Übungsbe-



handlungen wie intensive Wortfindungsübungen, Übungen zum Sprachverständnis oder zur besseren Konzentration helfen. Eine Therapieeinheit dauert in der Regel 45 Minuten. „Oftmals schaffen Patienten aber nur eine halbe Stunde“, so die Logopädin, Die restliche Zeit redet sie mit den Angehörigen.

Bei fortschreitender Demenz-Erkrankung können auch Probleme mit dem Schlucken auftreten. Gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeitet Weinbrandt dann Bewältigungsstrategien für den Alltag. Die Erkrankten stärken ihre Schluckfunktion, um zu verhindern, dass Speichel oder Nahrung in die Atemwege gelangt. Die Logopädin empfiehlt in solchen Fällen Finger-Food für zwischendurch.

Beste Werbung bleiben persönliche Kontakte

Ihr Spezialgebiet „Kommunikation bei Demenz“ hat die Therapeutin nicht groß beworben. Lediglich auf ihrer Homepage weist sie darauf hin. „90 Prozent meiner Patienten kommen über persönliche Kontakte zu mir.“ Bestimmte Qualitätskriterien sorgten ferner dafür, dass die Praxis weiterempfohlen würde. „Dazu gehören aussagekräftige Berichte an die Ärzte und eine sehr gute Beratung der Angehörigen.“

Das Thema Demenz behandelt Britta Weinbrandt in Vorträgen und Seminaren, zuletzt 2015 am Osterberg-Institut in der Reihe „Fit fürs Leben“. Nach ihrem Master-Abschluss an der MSH Medical School Hamburg plant sie auch in ihrer Praxis eine Seminarreihe zum Thema „Kommunikation mit Demenzerkrankten“.

Weinbrandts Wunsch: Sich als Logopädin eine Rente erarbeiten können

So sehr Britta Weinbrandt sich für ihr Fachgebiet begeistert – der Verdienst bleibt für sie ein trauriges Kapitel. Sie beklagt, dass laut einer Meldung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) angestellte Logopäden in Deutschland halb so viel verdienen wie der Durchschnitt. Ihr Wunsch für die Zukunft ist es daher, dass „wir Logopäden uns eine Rente erarbeiten können“.

Zweites Standbein Training und Coaching

Da die Heilmitteltherapie also nicht besonders viel Geld in die Kassen schwemmt, ist Weinbrandt auch auf anderen Erwerbsfeldern aktiv. Sie besann sich dazu auf ihre Vorliebe für die Arbeit in Gruppen, die sie bei ihrer Weiterbildung zur „Spiel- und Theaterpädagogin“ entdeckte. Seit 2003 bietet sie in Kooperation mit verschiedenen Volkshochschulen und Kindertageseinrichtungen Fortbildungen für Eltern, Angehörige, Erzieher und Laienschauspieler an.

2012 wurde sie auf Anfrage der VHS Lüneburg Kita-Trainerin. Inzwischen richtet sie für den Landkreis Lüneburg Studientage in Kindergärten aus, deren Mitarbeiter sich auf den Gebieten Sprachförderung, Stimmprävention und Begabungsförderung weiterbilden wollen. Training und Coaching nehmen als zweites Standbein inzwischen immer mehr Raum in ihrem Berufsleben ein. Im Jahr 2016 verbrachte sie damit noch zwei Tage im Monat, 2017 werden es schon doppelt so viele sein. „Als Coach verdiene ich einfach mehr als als Logopädin.“ ■

[ks]

Studiengänge zum Thema Gerontologopädie

Ein berufsbegleitendes Studium „Angewandte Therapiewissenschaften: Logopädie“ mit Schwerpunkt Gerontologopädie an der Hochschule Fresenius in Hamburg, wie es Britta Weinbrandt 2010 begann, ist seit 2013 nicht mehr möglich. Allerdings gibt es im Master-Studiengang Neurorehabilitation M.Sc. die Möglichkeit, das Thema Geriatrie zu vertiefen. Mehr Informationen finden Sie unter www.hs-fresenius.de. An der Hochschule Bremen (HSB) können Studierende ihre fachspezifischen Schwerpunkte im Rahmen des Projektstudiums oder der Bachelorarbeit selbst wählen, hieß es auf Anfrage. Auf www.hs-bremen.de erfahren Sie mehr.

Auch die Dozenten der MSH Medical School Hamburg (www.medicalschool-hamburg.de) nehmen Themen aus dem Bereich der Gerontologopädie gerne für Bachelor-Arbeiten an.

Wer das Thema Sprache und Demenz vertiefen will, findet Fortbildungen auf den Webseiten des Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) unter www.dbs-ev.de sowie des Deutschen Bundesverbands für Logopädie (dbl) unter www.dbl-ev.de.

Steckbrief

Britta Weinbrandt wurde in Wyk auf Föhr geboren. 1998 schloss sie ihre Ausbildung als Logopädin ab, ist seit 2003 selbstständig und gründete 2007 ihre Praxis. Sie besuchte Fortbildungen zum Thema Demenz und beendete 2012 den berufsbegleitenden Bachelorstudiengang „Angewandte Therapiewissenschaft: Logopädie“ mit dem Schwerpunkt Gerontologopädie. In diesem Jahr wird sie ihr Master-Studium „Innovative Veränderungsprozesse – Coaching und Systementwicklung“ abschließen.



PRAXIS FÜR LOGOPÄDIE

Britta Weinbrandt

Am Dorfplatz 7
21514 Güster
Telefon 04158 / 890780
britta@weinbrandt.com
www.weinbrandt.com

Von der Pflicht zur Kür

Buchhaltung einfach selbst machen – So einfach nehmen Sie Ihre Einnahmen-Überschuss-Rechnung selbst in die Hand

Freiberufler können mit der Einnahmen-Überschuss-Rechnung ihren Gewinn leicht selbst ermitteln. Wenden Sie dieses Verfahren bereits an? Wenn nicht, entgeht Ihnen unter Umständen eine Menge Geld, zumindest das, was Sie dafür noch an Ihren Steuerberater zahlen. Die vereinfachte Gewinnermittlung ist kein Hexenwerk und mit der richtigen Vorbereitung schnell und unkompliziert erledigt. Sparen ist so einfach.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar werden Sie ...

- ▶ Ihre gesetzlichen Buchhaltungs-Pflichten kennen
- ▶ Ihre Praxisbuchhaltung selbst durchführen können
- ▶ Ihren Steuerberater verstehen
- ▶ Auswertungen vornehmen, die Sie wirklich brauchen

In unserem Seminar „Buchhaltung“ zeigen wir Ihnen, wie einfach der Umgang mit Belegen, Quittungen und Konten ist. Die Einnahmen-Überschuss-Rechnung ist danach für Sie kein großes Geheimnis mehr, sondern etwas, das Ihnen leicht von der Hand geht.

Zielgruppe

Praxisinhaber, Freiberufler, Büroangestellte mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referent Michael Bekaan

Michael Bekaan ist bereits seit einigen Jahren für die Firma buchner tätig und daher ein Profi bezüglich der speziellen Bedürfnisse von Therapeuten. Als Diplom-Betriebswirt, Steuerberater und ehemaliger Wirtschaftsprüfer ist er komplett in der Materie, wenn es um Kennzahlen, BWL und Buchhaltung geht. Verständlich und so gar nicht trocken erklärt er Inhalte, die für so manchen Praxisinhaber und Therapeuten bislang ein Buch mit sieben Siegeln darstellten.

Termine

06.04.2017 in Bonn

26.10.2017 in Berlin

23.11.2017 in Nürnberg

Anmeldung unter:

Telefon 0800 94 77 360 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.



Jetzt haben Sie
es in der Hand!



HMK-App

Schneller geht es nicht:

Verordnungen einfach prüfen mit der brandneuen HMK-App. Der vollständige Heilmittel-Katalog und die Heilmittel-Richtlinie inkl. des ICD-10 Verzeichnisses als Codes und Klartext – einfach und aktuell, zum Nachschlagen!

**Jetzt für 3,99 € in den
App-Stores von Apple
und Google erhältlich!**

