

Zahnärzte-
Heilmittel-RL
gilt ab
1. Juli 2017

07 | 2017

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen

Besser als Bohren: Neue Heilmittel-RL Zahnärzte gegen Verordnungsphobie

Sind Blankverordnungen
„potenziell gefährlich“?:
Ärztetag lehnt Direktzugang
und Blankverordnungen ab

Auch Privatpatienten
zahlen das volle Honorar:
Behandlungszeit schließt
An- und Ausziehen ein

Keine Sorge bei nichtbe-
zahlten Zuzahlungen: Die
Krankenkasse regelt das mit
einem freundlichen Brief



So einfach können
Zahnärzte Heilmittel
verordnen!



NEU: Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte

Jetzt haben Zahnärzte einen klaren Rahmen für die Verordnung von Heilmitteln. Mit HeIM-RL und HeIM-Katalog ZÄ unterstützen Therapeuten die Zahnärzte bei der Verordnung von Physiotherapie und Logopädie.

Die ausführliche Anleitung zum neuen zahnärztlichen Verordnungsvordruck sorgt dafür, dass Zahnärzte die Spielregeln zur richtigen Verordnung leicht einhalten können. Damit gibt es weniger Abrechnungstheater mit den Krankenkassen. Das Schlagwortverzeichnis und der übersichtlich sortierte Katalogteil erleichtert es Zahnärzten und Therapeuten sich schnell zurechtzufinden. Damit ist der Heilmittel-Katalog für Zahnärzte das ideale Instrument zur Verordnung. In Therapiepraxen hilft der Heilmittel-Katalog für Zahnärzte bei der Verordnungsprüfung!

Jetzt gleich online bestellen unter www.buchner-shop.de
oder über die telefonische Bestellannahme 0800 5999 666.





Richtlinie gegen Verordnungsphobie

☛ Grelles Licht von oben. Ein Schlauch steckt im aufgerissenen Mund. Der Bohrer dreht sich lautstark in den Zahn. Metallinstrumente kratzen auf dem Gebiss und machen ein Geräusch wie Fingernägel auf Schiefertafeln. Für viele Menschen ist der Gang zum Zahnarzt ein Alptraum und dessen Praxis nichts anderes als eine Folterkammer. Auch wenn sie uns Zahnlücken und Schmerzen ersparen, die Zahnmediziner verbreiten Angst und Schrecken. Da stellt sich die Frage: Vor was fürchtet sich einer, der selbst Auslöser zahlloser Phobien ist? Die Antwort könnte lauten: vor Heilmittelverordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Denn bislang konnten Zahnärzte zwar Physiotherapie und Logopädie verordnen, doch die Regeln dazu waren schwammig. Also ließen es viele oft lieber bleiben. Das möchte nun die neue Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte ändern. Eindeutige Regelungen, keine Einschränkungen durch Budgets, problemlose Verordnungen außerhalb des Regelfalls – all das soll dazu beitragen, den Zahnärzten die Scheu vorm Heilmittelrezept zu nehmen. Warum das tatsächlich klappen könnte, lesen Sie in unserem Schwerpunkt ab Seite 14.

Um Angst ging es übrigens auch auf dem 120. Deutschen Ärztetag. Natürlich nicht offiziell. Aber zwischen den Zeilen der Beschlüsse zeichnet sich die Furcht davor ab, die Hoheit über das Gesundheitssystem zu verlieren. Deswegen lehnt der Ärztetag etwa Blankoverordnungen ab und spricht sich vehement dagegen aus, Aufgaben an andere Berufsgruppen abzugeben. Was wir davon halten, erfahren Sie auf Seite 8.

Lassen wenigstens Sie sich keine Angst einjagen. Vielleicht können Sie ja den einen oder anderen Zahnarzt sogar ermutigen, die eine oder andere Verordnung auszustellen. So oder so: Haben Sie einen erfolgreichen Monat.

Beste Grüße,
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 einige Tipps zur **Mitarbeiterbindung**. Unter dem Stichwort „Fachkräfte effektiver bezahlen“ erklären wir, wie Praxisinhaber ihren Mitarbeitern Sachbezüge wie Gutscheine und Zuschüsse anbieten können, auf die kaum Steuern anfallen.

... ist eine **Umfrage zum Thema „Klatsch am Arbeitsplatz“**. Lassen Sie Ihre Therapeuten nach Belieben ratschen und tratschen, damit sie so den Stress des Tages ablassen können? Oder gilt bei Ihnen die Regel: Kein Kaffeeklatsch in der Therapiepraxis?

... ist der **Erfahrungsbericht eines Physiotherapeuten**, der selbst zur Therapie war und feststellt: Wenn ich als Patient meine Zuzahlung nicht zahle, obwohl die Therapiepraxis mich schriftlich aufgefordert hat, streckt die Kasse sie mir vor.

Impressum

up - unternehmen
praxis

Herausgeber | V.i.S.d.P.
Ralf Buchner

Chef vom Dienst
Ulrike Stanitzke

Autoren

Karina Lübbe (kl), Yvonne Millar (ym)
Katharina Münster (km), Daniela Mett (dm)
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)
Moritz Kohl (mk), Ralf Buchner (bu),
Jenny Werner (jw)

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

Anzeigen

Ernst-August Hölscher
Mobil 0176 507 08 718

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Jahrgang: 11

Erscheinungsweise: monatlich

ISSN: 1869-2710

Preis: 15 Euro zzgl. Porto im Einzelbezug,
12 Euro im Abo

Druckauflage: 51.500 Exemplare

Druck: Eversfrank Preetz



Bildnachweise: Titel: iStock: PeopleImages;
Moritz Kohl (3), Bundesärztag (4, 8, 9),
Sabine Haas-Schinzel (5, 48), Ulrike Stanitzke
(16), Kerstin Thiele (46), Sabine Haas (5);
istock: MartinPrescott, Yoyochow23 (4),
karelnoppe, Nastia11, bowie15 (5), ollo, Schlegel-
fotos, Niyazz (6), KatarzynaBialasiewicz
(7), ChrisGorgio (8), MichaelNivelet, gerenme
(10), Rawpixel (11), Iaremenko (14), LuckyBu-
siness (15), D_Djordje, Chalabala, ponsulak
(18), bluecinema (19), HconQ, xavierarnau
(20), FatCamera (21), GlobalStock (24, 26),
deepblue4you (28), Fodorgo (29), kuarmun-
gadd (30), s-cphoto (31), NicolasMcComber
(34, 35), Koldunov, Monkey Business (36),
StockFinland (38), olga_sweet, zoranm (40),
relif (41), MartinPrescott (42), KatarzynaBial-
asiewicz (44), IvanJekic (48), FatCamera (49)

Passwort für www.up-aktuell.de:
z a h n

Schwerpunkt | Themen



10

Sind Blankverordnungen
„potentiell gefährlich“?



38

Zuzahlung vergessen? So er-
halten Patienten nur einen
freundlichen Brief – und The-
rapeuten sofort ihr Geld



40

Urteil: Behandlungszeit von
30 Minuten schließt
An- und Ausziehen ein

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

Inhalt

- 03 **Editorial** | Richtlinie gegen Verordnungsphobie
- 06 **Branchennews** | Aktuelle Informationen
- 08 **Ärztetag** fordert Reform des Heilpraktikerwesens
- 09 Mehr delegieren, keine Aufgaben abgeben
- 10 Sind Blankoverordnungen „potentiell gefährlich“?
- 12 **Zahnärzte mit großem Therapiebedarf** | Heilmittel in Zahlen
- 14 **Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte**
Alles wie gehabt und einfacher als gedacht
- 16 **Die Zahnärzte-Heilmittel-Richtlinie gibt vielen den Anstoß, sich erneut mit der Verordnung von Heilmitteln auseinanderzusetzen** | Interview
- 22 **Das neue zahnärztliche Verordnungsmuster:**
So klappt die Verordnungsprüfung!
- 24 **Häufige Fragen** zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
- 28 **Prüfung mit Durchschnittswerten** Einschränkungen der Heilmittelversorgung in Niedersachsen vereinbart
Mehr Angst und Unsicherheit in Niedersachsen | Kommentar
- 30 **Seit dem 30.5.2017 sind Lymphödeme ab Stadium II wieder langfristiger Heilmittelbedarf**
- 31 **Acht-Punkte-Programm der KBV: „Ambulantisierung“ durch noch mehr Delegation**
- 32 **Verzicht auf das Genehmigungsverfahren bei Muster 13 (PT), Muster 14 (Logo) und Muster 18 (Ergo) gilt nicht für zahnärztliche Verordnungen**
- 34 **up | Umfrage** | Wie hältst du es mit Klatsch am Arbeitsplatz?
- 38 **Zuzahlung vergessen?** So erhalten Patienten nur einen freundlichen Brief – und Therapeuten sofort ihr Geld
- 40 **Urteil: Behandlungszeit von 30 Minuten schließt An- und Ausziehen ein**
- 41 **Keine Fachkräfte? Kein Hausbesuch!**
- 42 **Fachkräfte effektiver bezahlen**
Steuerfreie Anreize für Mitarbeiter nutzen
- 44 **Häusliche Pflege von Angehörigen** Freistellung vom Job
- 46 **Hausbesuch** | Ergo und Logo mit Mensch und Hund
- 48 **Tue Gutes und rede darüber!** Ulmer Ergo- und Handtherapeutin hat mit guter Öffentlichkeitsarbeit großen Erfolg



„Nichtärztliche Heilberufe in Ausbildung und Berufsbild aufwerten“ – Gesundheitsminister auf dem Hauptstadtkongress

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will in der nächsten Legislaturperiode einen Schwerpunkt auf die Stärkung nichtärztlicher Heilberufe legen. Sie sollen enger mit Medizinern zusammenarbeiten und sowohl in Ausbildung als auch im Berufsbild aufgewertet werden, so Gröhe auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin am 20. Juni.

Aus den vielen Spitzenleistungen im Gesundheitswesen müsse Gröhe zufolge eine Mannschaftsleistung werden. "Wir werden uns in der nächsten Legislaturperiode um die Modernisierung von Ausbildungsberufen kümmern", sagte der Gesundheitsminister, ein Beispiel seien "Physiotherapeuten und andere Heilberufe".

Eine zentrale Herausforderung sei laut dem Gesundheitsminister weiterhin die Vernetzung der Versorger. Den Minister befremde es, wie angstbesetzt nach wie vor über Delegation und Substitution diskutiert werde, zum Beispiel wenn es um mehr Verantwortung für Pflegeberufe gehe – dabei sei für alle Beteiligten genug Arbeit da.

Übergangsregelung für zahnärztliche Verordnungen der AOK

Wie erwartet haben jetzt alle AOKen die Heilmittelerbringer darüber informiert, dass es für zahnärztliche Verordnung auf Muster 16 eine Übergangsfrist geben wird. Sollte also ein Zahnarzt nach dem 1. Juli die neuen Verordnungsvordrucke noch nicht nutzen, können Therapiepraxen auch „alte“ VO-Formulare annehmen, wenn die notwendigen Daten auf der Verordnung stehen. „Sollten im Zeitraum 01.07. bis 30.09.2017 Zahnärzte ausnahmsweise doch noch Heilmittel auf Muster 16 verordnen, werden diese von den AOKs anerkannt, wenn die Heilmittelverordnungen den übrigen Vorgaben der zum 01.07.2017 in Kraft tretenden HM-RL ZÄ entsprechen,“ so der AOK-Bundesverband in einer Stellungnahme an die Heilmittelverbände. Zu den „übrigen Vorgaben“, also den notwendigen Informationen auf dem Ordnungsblatt, zählen insbesondere:

- ▶ Das „Personalienfeld“ (Angaben zu Krankenkasse, Versichertem und Vertragszahnarzt) ist vollständig ausgefüllt.
- ▶ Die im Heilmittelkatalog aufgeführten vollständigen zahnärztlichen Indikationsschlüssel bzw. Diagnosegruppen (2.8. CD1a, CSZb oder OFZ) sind angegeben.



▶ Der Zahnarzt hält die Verordnungshöchstmengen je Erst- und Folge-VO (6 bzw. 10 Einheiten) ein.

▶ Die verordnungsfähigen Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog ZÄ sind korrekt angegeben.

Ein Hausbesuch kann zudem nur abgerechnet werden, wenn „Hausbesuch“ als Klartext auf Muster 16 vermerkt ist, das gleiche gilt für Therapieberichte. Vor Juli ausgestellte Verordnungen laufen nach alten Regeln weiter. Der Patient bestätigt die erbrachten Leistungen formlos auf der Rückseite von Muster 16 oder auf einem Beiblatt. Daraus müssen das Behandlungsdatum sowie die Maßnahme hervorgehen, auch die Unterschrift des Versicherten ist notwendig.

Für Heilmittel, die Zahnärzte vor dem 1. Juli 2017 verordnet haben, gelten die Vorgaben der HM-RL ZÄ nicht, somit müssen hier auch nicht zwingend die neuen zahnärztlichen Vordrucke genutzt werden. Heilmittelverordnungen, welche vor dem 1. Juli 2017 nach den bisherigen Regelungen ausgestellt wurden, behalten somit ihre Gültigkeit. Die verordneten Therapien können über den Stichtag hinaus erbracht und abgerechnet werden.

Maria Michalk (CDU): „Die Reform weiterer Gesundheitsberufe angehen“

Langsam kommt der Bundestagswahlkampf in Gang. Die ersten Parteien veröffentlichen Wahlprogramme, Politiker positionieren sich. Dem Ärztlichen Nachrichtendienst (änd) nannte Maria Michalk, Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, einige Statements zur Gesundheitspolitik, die sie in der nächsten Legislaturperiode betreiben würde. Unter anderem spricht sich die CDU-Politikerin für eine weitere wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens aus. Sie befürwortet zudem das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. „Neben

dem Preiswettbewerb muss der Service- und Leistungswettbewerb unter den Krankenkassen verstärkt werden“, so Michalk.

Den Ausbau der Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen halte Michalk für unverzichtbar. Nach dem generalistischen Ansatz für den Pflegeberuf wolle die Union im nächsten Schritt die Reform weiterer Gesundheitsberufe angehen. Was das für die Heilmittelerbringer bedeuten könnte, wird sich vermutlich zeigen, wenn die Union demnächst ihr Wahlprogramm öffentlich macht.



Kasse muss zahlen, auch bei verspäteter AU-Bescheinigung

Eine Krankenkasse muss auch dann Krankengeld zahlen, wenn ein Arzt einem Patienten die weiter bestehende Arbeitsunfähigkeit (AU) irrtümlich aus nichtmedizinischen Gründen zu spät bescheinigt. Hat der gesetzlich Versicherte selbst alles in seiner Macht stehende getan, darf ein Fehler des Arztes nicht zu seinen Lasten gehen, entschied kürzlich das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel.

Die Krankenkassen zahlen Krankengeld, wenn der Versicherte länger als sechs Wochen arbeitsunfähig krankgeschrieben ist. Voraussetzung ist, dass zwischen der ersten Krankschreibung und den Folgebescheinigungen keine zeitlichen Lücken bestehen. Seit Juli 2015 ist es möglich, dass die erneute AU-Bescheinigung noch einen Werktag nach Ablauf der vorherigen Krankschreibung ausgestellt wird, ohne dass damit der Krankengeldanspruch verloren geht (Aktenzeichen: B 3 KR 22/15 R sowie B 3 KR 12/16 R).

Neue Kurzinformation zum Stottern erschienen

Unter www.patienten-information.de hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) einen neuen Info-Flyer für Patienten zum Thema Stottern herausgegeben. Auf zwei Seiten wird dargestellt, wie sich Störungen des Redeflusses äußern und welche Behandlungsmethoden wirksam sind. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ veröffentlicht das ÄZQ im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer. Die Patientenflyer können kostenlos heruntergeladen werden.

mehr: www.patienten-informationen.de -> Kurzinformationen -> Sprache und Stimme



Große regionale Unterschiede bei Rücken-Operationen

Bei der Behandlung von Rückenschmerzen scheint es große regionale Unterschiede zu geben. So werden Patienten im Landkreis Fulda 13-mal so häufig wegen Versteifungen der Wirbelsäule operiert wie Patienten in Frankfurt an der Oder. Das zeigt der „Faktencheck Rücken“ der Bertelsmann-Stiftung. Insgesamt ist die Zahl der Rücken-OPs stark gestiegen: Gab es 2007 bundesweit noch 452.000 Eingriffe, waren es 2015 772.000. Das ist ein Plus von 71 Prozent. Sowohl bei OPs als auch bei Einweisungen ins Krankenhaus zeigen sich regionale Unterschiede: Werden in Heidelberg nur 58 und in Kiel 91 von 100.000 Menschen mit Beschwerden stationär behandelt, sind es in Hamm 815 und in Osterode 919. Oft wäre, so die Experten, ein Klinikaufenthalt vermeidbar. Die meisten Patienten erhielten im Krankenhaus meist diagnostische Leistungen wie ein MRT. Das könnte laut Studie auch ambulant erfolgen.

mehr: www.bertelsmann-stiftung.de -> Publikationen -> kostenlose Studien -> SPOTLIGHT Gesundheit: Rückenoperationen

Kurzfassung der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat eine Kurzfassung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz veröffentlicht.

Die aktuelle 2. Auflage gibt es bereits seit März (**up** berichtete). Die Kurzfassung bietet einen schnellen Überblick über Diagnostik, Therapie und Prävention von nichtspezifischen Kreuzschmerzen und spricht Empfehlungen zur Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen aus, also zum Beispiel von Hausärzten, Orthopäden und Physiotherapeuten. Der Flyer kann kostenlos über die Internetseiten des ÄZQ abgerufen werden.

mehr: www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz

App „Kniekontrolle“ mit Trainingstipps für starke Knie

Mehr als zwei Millionen Menschen verletzen sich nach Analysen der Stiftung Sicherheit im Sport jährlich beim Sport. Gemeinsam mit der Krankenkasse Barmer hat die Stiftung jetzt die App „Kniekontrolle - Halt' Dein Knie gesund!“ herausgegeben, um die Risiken von Knieverletzungen beim Sport zu verringern. Die kostenlose App für Smartphones und Tablets zeigt 38 Trainingsvideos für die Knie. Die dort präsentierten Übungen „stärken die Muskulatur, verbessern die Sensomotorik und helfen, das Knie bei allen Bewegungen zu stabilisieren. So sinkt das Verletzungsrisiko“, so Barmer-Sportwissenschaftler Klaus Möhlendick in einer Pressemitteilung der Barmer.

mehr: www.kniekontrolle.de



Ärztetag fordert Reform des Heilpraktikerwesens

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat festgestellt, dass „Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker keinen Gesundheitsfachberuf“ ausüben würden. Deswegen fordert der Ärztetag vom Gesetzgeber, die Rechte der Heilpraktiker so zu regeln, dass deren Tätigkeiten keine „Gefährdung für Patienten“ darstellen. Vor allem sollten bestimmte invasive Maßnahmen sowie Krebsbehandlungen ausgeschlossen sein.



Nach Ansicht des Ärztetags steht das Heilpraktikerwesen „außerhalb der sonst im Gesundheitswesen geltenden Anforderungen an klar definierte fachliche Qualifikationen auf der Basis fundierter Standards.“ Nicht bekannt sei in der Bevölkerung, so der Ärztetag, „unter welchen Voraussetzungen Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker zur Ausübung der gesamten Heilkunde befugt sind. Sie geht davon aus, dass Heilpraktiker über eine geregelte Ausbildung (Kenntnisse und Fertigkeiten) verfügen, sie eine Zulassung erhalten und über sie eine staatliche Aufsicht wacht.“

Dies alles träfe jedoch nicht zu, so die Ärzte. So würden Heilpraktiker als "kleine Ärztinnen und Ärzte" wahrgenommen, die komplementärmedizinisch tätig werden würden und zumeist Naturheilverfahren, Homöopathie und andere alternative diagnostische und therapeutische Verfahren im Gegensatz zur Schulmedizin praktizierten.

Reform durch Einschränkung

„Vorschläge, das Heilpraktikerwesen durch eine staatlich anerkannte Ausbildung oder gar durch akademische Qualifikationen zu reformieren, weisen in die falsche Richtung,“ so der Beschluss des Ärztetags: „Weil im Heilpraktikerwesen fachliche Standards fehlen, fehlt auch die Grundlage für Qualitätskontrollen durch die Gesundheitsbehörden. Qualitätskontrollen setzen einen allgemein anerkannten Qualitätsmaßstab voraus, der im Heilpraktikerwesen fehlt.“

Für eine Reform des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) schlägt der Ärztetag deswegen vor, den Umfang der Tätigkeitserlaubnis in den Blick zu nehmen, sprich: Heilpraktiker von bestimmten Tätigkeiten auszuschließen, zum Beispiel von bestimmten Erkrankungskonstellationen. So solle die Behandlung von Krebserkrankungen für Heilpraktiker ausgeschlossen sein, in der Vergangenheit sei das etwa schon für Geburtshilfe und Geschlechtskrankheiten geschehen. Besondere Gefahren gehen den Ärzten zufolge auch von allen invasiven Maßnahmen aus. ■

[bu]



Mehr delegieren, keine Aufgaben abgeben

Der Ärztetag hat einem Konzept zugestimmt, das mit dem „Physician Assistant“ einen akademisch ausgebildeten Assistenzberuf schaffen soll. In einem weiteren Beschluss lehnt er die Substitution ärztlicher Aufgaben klar ab.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat ein Delegationsmodell befürwortet, das Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erarbeitet haben: den Beruf der „Physician Assistants“ (PA), also „Arztassistenten“, die Ärzte entlasten und unterstützen.

Das Zusammenwirken der Gesundheitsfachberufe soll also weiterhin von der „ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie“ sowie der „ärztlichen Weisungsbefugnis in der medizinischen Versorgung“ abhängig sein. „Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess“ sollen zentrale Aufgaben des Arztes bleiben.

Studieren und delegieren lassen

PA absolvieren ein Bachelor-Studium. Um für das Studium zugelassen zu werden, ist eine dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, zum Beispiel als Medizinische Fachangestellte, vorausgesetzt. Das Konzept richtet sich auch an Heilmittelerbringer.

Vorgesehene Tätigkeitsbereiche sind unter anderem die „Mitwirkung“ bei Untersuchungen und Eingriffen sowie administrative Aufgaben. Derzeit, so der Ärztetag, würden sich die Berufe und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen zersplittern. „Ein neuer einheitlich qualifizierter und vielseitig einsetzbarer Beruf, dessen Angehörige eng mit dem Arzt zusammenarbeiten und dessen Weisung unterliegen, würde hingegen die Qualität der Versorgung erhöhen“, argumentieren die Ärzte.

Ärztetag lehnt es ab, Leistungen und Aufgaben abzugeben

In einem weiteren Beschluss lehnt der Ärztetag die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe „vehement“ ab. Er bezieht sich auf Karl-Josef Laumann (CDU), Patienten- und Pflegebeauftragten der Bundesregierung, der im letzten Jahr gefordert hatte, nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Versorgung einzubinden, sie ärztliche Aufgaben übernehmen zu lassen und sie damit aufzuwerten. Diese Aufwertung müsse laut Ärztetag entschieden zurückgewiesen werden.

„Richtig ist, dass nichtärztliche Gesundheitsberufe einen wichtigen Beitrag im Behandlungsprozess von Patienten leisten“, schreibt der Ärztetag. „Sie agieren jedoch im Auftrag des behandelnden Arztes, der aufgrund seiner akademischen und praxisbezogenen Ausbildung sowie seiner Weiterbildung kompetent in der Erstellung einer Diagnose und Therapie ist.“ Über diese Kompetenz hinaus sei es der behandelnde Arzt, der für sein Handeln und seine Entscheidungen gegenüber dem Patienten hafte, auch im Falle einer Delegation an nichtärztliche Fachkräfte. ■ [bu]

Sind Blankoverordnungen „potentiell gefährlich“?

Der 120. Deutsche Ärztetag lehnt den Direktzugang zu Heilmitteln sowie Blankoverordnungen ab – und weist in seiner Begründung auf Gefahren für Patienten hin.



„Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 positioniert sich gegen den geplanten Direktzugang zu Heilmitteln sowie gegen die Blankoverordnungen“, heißt es im Beschlussprotokoll. „Die Spezifikation und Frequenz von Heilmitteln zu indizieren, ist ein Kerngebiet ärztlicher Behandlung und beruht auf ärztlichem Wissen zu Diagnose und Verlauf. Eine Übertragung der Entscheidung über Methode und Häufigkeit/Frequenz von Heilmittelanwendungen ist kontraproduktiv und potenziell gefährlich.“

Um diese Begründung noch etwas anschaulicher zu machen, werden dann in Klammern Beispiele genannt, die offensichtlich als Belege für das Gefährdungspotential dienen sollen: „Stichworte: Massage statt Krankengymnastik bei Rückenerkrankungen, Lymphdrainage im OP-Gebiet statt Mobilisierung unter dosierter Belastung etc.“

Ärztetag argumentiert weit ab von allen Fakten

Natürlich darf der Ärztetag vor den Gefahren des Direktzugangs und der Blankoverordnung warnen. Belege dafür wären aber schön gewesen. Als wir bei der Bundesärztekammer (BÄK) danach fragten, verwies man uns lediglich auf zwei Stellungnahmen aus dem Jahr 2016. Darin befürwortet die BÄK das Ziel, Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung einzubinden. Es erscheine ihr „ein grundsätzlich geeigneter Weg, zu diesem Zweck das Instrument der sogenannten ‚Blankoverordnung‘ in Modellvorhaben flächendeckend zu erproben.“

Das scheint dem Beschluss des Ärztetages, der die Blankorezepte als Gefahr für Patienten darstellt, deutlich zu widersprechen – als wir die BÄK darauf hinwiesen, meldete sich die Pressestelle allerdings nicht mehr zurück.

In der Realität beraten Therapeuten die Ärzte zu Verordnungen

Es fehlt also nach wie vor eine Begründung dafür, was die „Übertragung der Entscheidung über Methode und Häufigkeit/Frequenz von Heilmittelanwendungen“ nun „kontraproduktiv“ und „potenziell gefährlich“ mache – vielleicht auch deswegen, weil es für diese potentielle Gefährdung überhaupt keine Belege gibt?

Jeden Tag wird in tausenden von Arztpraxen eine Heilmitteltherapie nicht oder nicht mehr verordnet, weil „das Budget nicht reicht“. Jeden Tag dokumentieren Ärzte durch ungültige Verordnungen, dass sie sich mit den Details der Heilmittel-Richtlinie nicht auskennen. So viel zum „ärztlichen Wissen zu Diagnosen und Verlauf“. Gleichzeitig rufen Ärzte in Heilmittel-Praxen an, um zu fragen, was sie verordnen sollen. Gefährden diese Ärzte ihre Patienten, weil sie dem Fachwissen und der Erfahrung der Therapeuten vertrauen? ■

[bu]





Das sagen Orthopäden, Kinderärzte und Allgemeinmediziner

Wir haben uns umgehört, ob andere Ärzterevertreter die Blankoverordnung ebenfalls für gefährlich halten:

Orthopädie

Dr. med. Matthias Psczolla, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), weist zunächst darauf hin, wie Beschlüsse des Ärztetags entstehen: Sie würden von einzelnen Mitgliedern oder Kammern eingereicht und oft ohne große Diskussion beschlossen. So sei es auch im Fall der Blankoverordnung gewesen.

„Diese im HHVG im Rahmen eines Modellvorhabens gesetzlich beschlossene Regelung von ärztlicher Seite pauschal abzulehnen, ist nicht zielführend. Wir wollen diesen Prozess als Ärzteschaft aktiv mit gestalten“, so Psczolla. Die DGOU könne der Blankoverordnung zustimmen, wenn alle politischen Bedingungen geklärt wären. Offene Fragen gebe es vor allem noch zur Budgetverantwortung, zur Haftung, dazu, wann Therapeuten Patienten zum Arzt zurückschicken und wie eine neue Form der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen honoriert wird.

„Wenn die Blankoverordnung gut läuft, kann das auch zum gegenseitigen Ver-

trauen zwischen Ärzten und Therapeuten beitragen“, sagt Psczolla, „und gegen die Versuche der Osteopathie-Vertreter helfen, das Berufsbild der Physiotherapeuten herabzuwürdigen.“

„Physiotherapeuten sind aufgrund ihrer qualifizierten Ausbildung in der Lage, die richtigen Heilmittel und deren Frequenz nach der Indikation des Arztes mit zu gestalten, sie können zum Beispiel therapeutische Techniken eigenständig anpassen“, so der Orthopäde. Dass Therapeuten Massagen verabreichen, obwohl es nicht indiziert ist, halte Psczolla für eine „fast schon bösartige Unterstellung“.

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Hermann Josef Kahl, Bundespressesprecher des Berufsverbands für Kinder- und Jugendmedizin, sieht Blankoverordnungen in seinem Fachbereich kritisch. „Bei Kindern ist die Varianz extrem groß, Verordnungen hängen von Alter, Gewicht und Größe und natürlich der genauen Diagnose ab“, sagt er. Es bestehe deshalb die Gefahr, dass Heilmittelerbringer ungeeignete Therapien anwenden. Die Frequenz der Behandlung sollten Kahl zufolge die Kinder- und Jugendärzte anhand der Behandlungserfolge entscheiden. Bei der großen Variabilität

unter den Kindern sei es auch für die Kinder- und Jugendärzte oft schwer, die richtigen Indikationen und Entscheidungen über die Verordnungen zu treffen, doch die Mediziner seien aufgrund ihrer Ausbildung dazu qualifiziert.

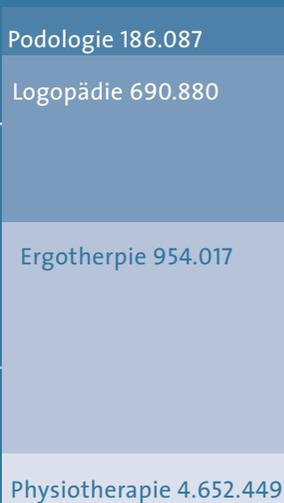
Allgemeinmedizin

Prof. Erika Baum, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), sieht noch Probleme bei Fragen des Budgets. „Aus meiner persönlichen Sicht ist die Gefahr einer unangemessenen Anwendungshäufigkeit nur dann gegeben, wenn es zu einer Überversorgung mit Physiotherapeuten kommen sollte“, sagt sie. „Hier sind also globale Mengenkontrollen analog zum ärztlichen Sektor erforderlich.“ Fehlanwendungen wiederum seien nie auszuschließen und fänden auch heute schon statt.

Baum zufolge wird man die offenen Fragen zutreffend beantworten können, wenn die Auswirkungen eines Direktzuges in Modellregionen in Deutschland erprobt und evaluiert wurden. „Erfahrungen aus dem Ausland, unter anderem den Niederlanden, sind positiv“, so die DEGAM-Präsidentin. „Aber dort ist das ganze System anders angelegt.“ ■ [mk]

Zahnärzte mit großem Therapiebedarf

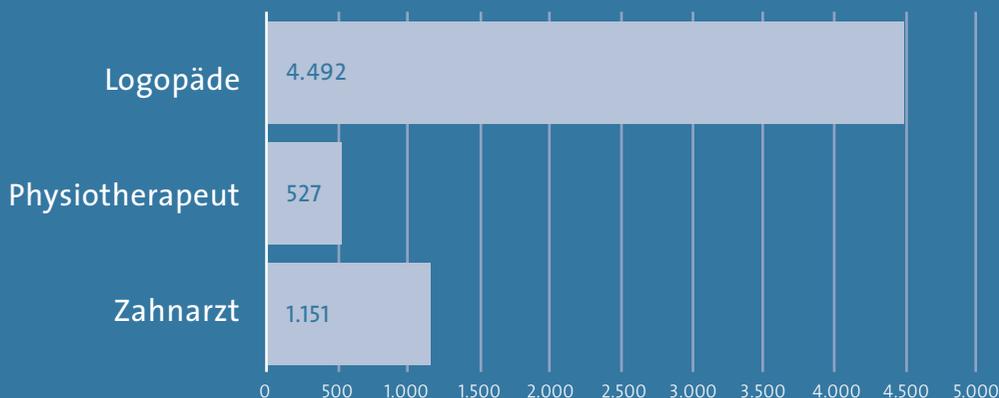
Heilmittelausgaben GKV 2016 (in Tausend Euro)



52.295

Die Anzahl der Zahnarztpraxen in den östlichen Bundesländern beträgt 8.991. In den westlichen Bundesländern gibt es 43.304 Zahnarztpraxen. Damit kann man in Deutschland als GKV-Versicherter in insgesamt 52.295 Vertragszahnarztpraxen versorgt werden.

Soviel Einwohner kommen auf einen Leistungserbringer



64.834
durch Zahnärzte veranlasst



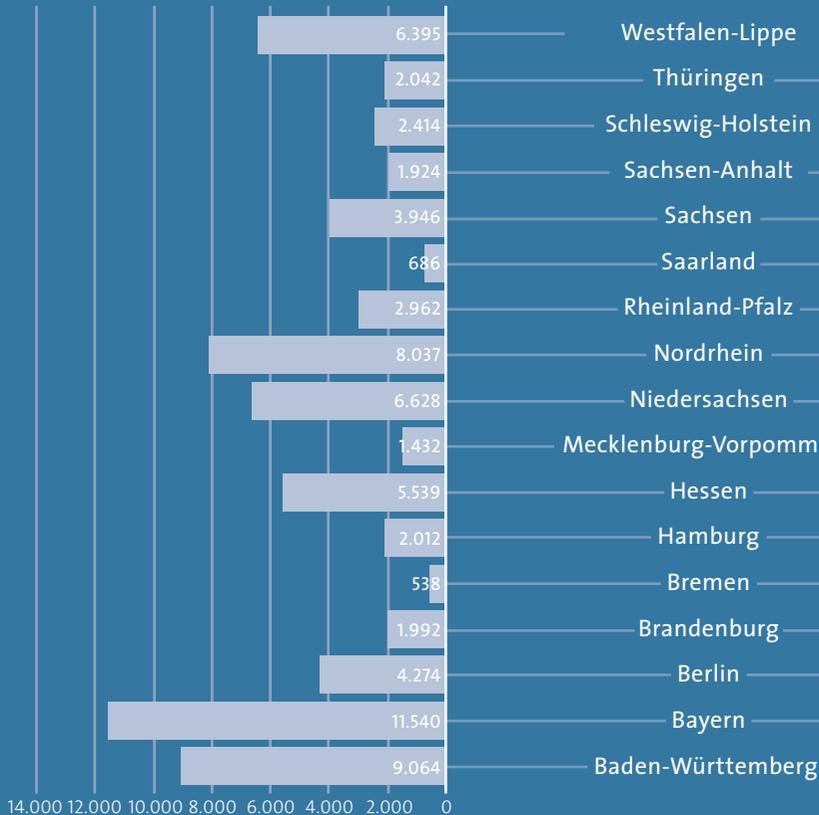
< 1%

Genauere Zahlen darüber, wieviele Zahnärzte Heilmittel verordnen gibt es leider nicht.

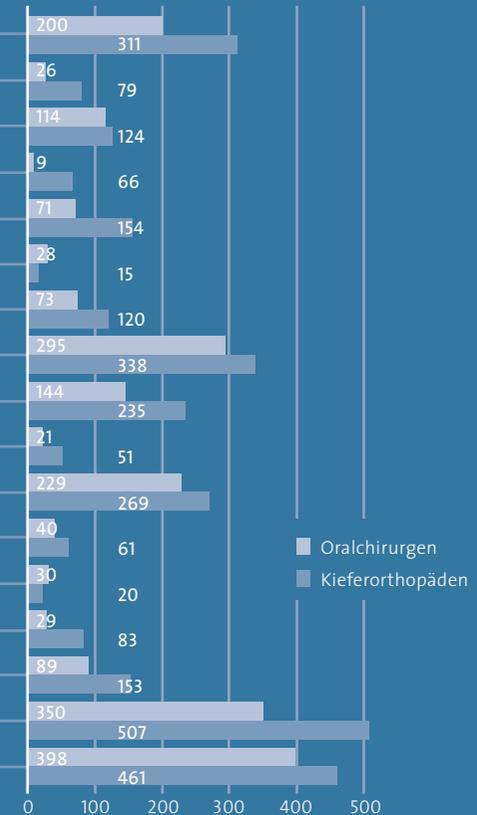
Was es gibt ist die Schätzung der GKV, wonach die Heilmittel-Ausgaben, die durch Zahnärzte veranlasst werden bei knapp unter einem Prozent liegen. Aber auch das ist nur eine grobe Schätzung!

Heilmittelbranche in Zahlen

So viele Zahnärzte gibt in jedem Bundesland



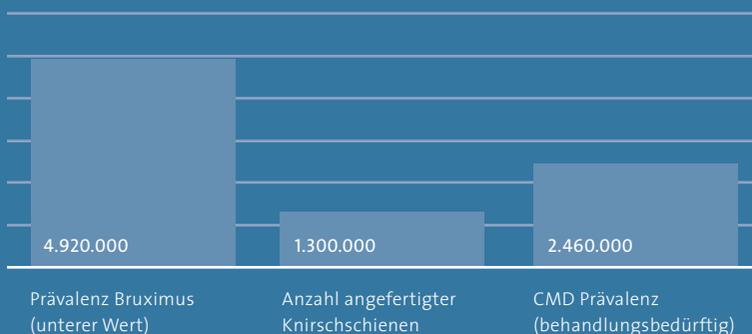
Kieferorthopäden und Oralchirurgen je Bundesland



Zahnärzte sind mehr als eine Art zusätzliche Facharztgruppe. Das lässt sich schon an der Anzahl der Zahnarztpraxen ablesen: Auf drei Arztpraxen kommen rund zwei Zahnarztpraxen. Wenn die Zahnärzte sich erst einmal mit der neuen Heilmittel-Richtlinie vertraut gemacht haben, könnte es mehr zahnärztliche Heilmittel-Verordnungen geben, als von vielen Therapeuten vermutet.

Auch bei den Zahnärzten gibt es für Therapeuten relevante Facharztgruppen: Die Kieferorthopäden und Oralchirurgen sind in allen Bundesländern vertreten.

Großer Therapiebedarf bei zahnärztlichen Indikationen



5 Mio.

Der Bedarf für Heilmitteltherapie bei zahnärztlichen Indikationen ist überraschend groß. Bei Auswertung von internationalen Studien zum Krankheitsbild Bruxismus (Zähneknirschen) kommt man auf einen unteren Wert von fast 5 Millionen Menschen in Deutschland, die entsprechende Probleme haben. Davon haben im Jahr 2016 rund 1,3 Millionen Menschen eine Bißschiene von ihrem Zahnarzt verordnet bekommen.

Quellen:

- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (www.kzbv.de)
 - Bundeszahnärztekammer (www.bzaek.de)

- Lobbezoo und Lavigne 1997
 - John et al. 2001; Magnusson et al. 2000
 - Heilmittel-Informationssystem der GKV (www.gkv-his.de)

Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte

Alles wie gehabt und
einfacher als gedacht



Zahnärzte können sich nun an klaren Regeln orientieren, wenn sie Physiotherapie und Logopädie verordnen: Zum 1. Juli 2017 gilt die neue Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ). Keine Richtgrößen oder sonstige Budgets stehen der bedarfsgerechten Verordnung von Heilmitteln im Weg. Jetzt müssen Zahnärzte und Therapeuten nur gut zusammenarbeiten, um ihre Patienten mit Heilmitteltherapie zu versorgen.

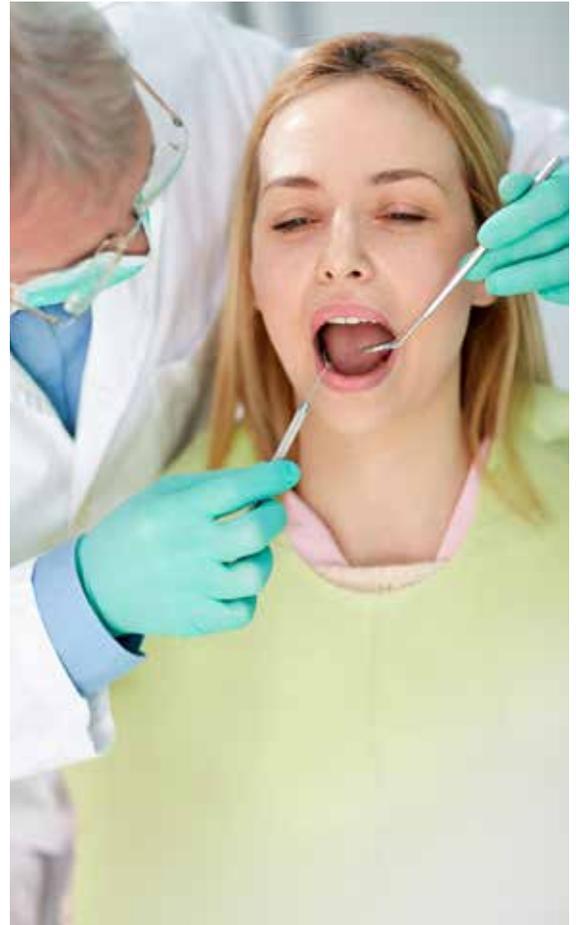
Laut SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln – auch im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung. Bisher erlaubte der Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) solche Verordnungen, solange sie medizinisch notwendig waren und die Wirtschaftlichkeit beachtet wurde. Die Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte gibt nun konkrete Regeln vor.

Klare Vorgaben, keine Budgetgrenzen

Alle Leistungen der GKV unterliegen dem sogenannten „Wirtschaftlichkeitsgebot“ gemäß § 12 SGB V. Um dem beim Verordnen von Heilmitteln zu genügen, müssen Zahnärzte sich lediglich an die Spielregeln der Heilmittel-Richtlinie halten und Verordnungen formal korrekt ausfüllen. An ein Budget sind sie nicht gebunden, es gibt hier weder Heilmittelausgabenvolumen noch Richtgrößen.

Ansonsten ist alles wie gehabt: Die HeilM-RL ZÄ legt fest, dass ein Behandlungsfall, definiert durch eine festgestellte Indikation, in Form von mehreren aufeinanderfolgenden Verordnungen behandelt wird. Die möglichst sehr konkrete Indikation können Zahnärzte auch in Zusammenarbeit mit den behandelnden Therapeuten während des laufenden Behandlungsfalls weiterentwickeln. Erst- und Folgeverordnung (§ 6 HeilM-RL ZÄ) sind Verordnungen im Regelfall und werden im Heilmittel-Katalog hinsichtlich Art und Menge des gewählten Heilmittels detailliert beschrieben.

Besteht darüber hinaus noch Behandlungsbedarf, kann eine Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgen (§ 7 HeilM-RL ZÄ). Das geht bei Zahnärzten rela-



tiv problemlos, denn anders als im vertragsärztlichen Heilmittel-Katalog ist es dafür nicht nötig, von einer in die nächste, also „höhere“, Diagnosengruppe zu wechseln.

Interview und FAQ erklären die Richtlinie

Auf den folgenden Seiten beschäftigen wir uns intensiv mit der neuen Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte. Wir haben ein Interview (ab Seite 16) mit Martin Hendges, dem stellvertretenden Vorsitzenden des KZBV-Vorstands, und Christian Nobmann, Leiter der Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss der KZBV geführt. In einem FAQ (ab Seite 24) beantworten wir außerdem die wichtigsten Fragen zum Thema Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte.

Verordnungs-Tipp: Manche Diagnosen können unterschiedlichen Diagnosengruppen zugeordnet werden. Raten Sie Ihrem verordnenden Zahnarzt, lieber die Diagnosengruppe zu verwenden, die im Regelfall eine höhere Gesamtverordnungsmenge zulässt. So kann er ohne weitere Begründung mehr Behandlungseinheiten verordnen.

„Die Zahnärzte-Heilmittel-Richtlinie gibt vielen den Anstoß, sich erneut mit der Verordnung von Heilmitteln auseinanderzusetzen“



Martin Hendges (Mitte), stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Christian Nobmann (rechts), Leiter der Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss der KZBV, im Gespräch mit Ralf Buchner über die den Start der Zahnärzte-Heilmittel-Richtlinie

Freuen Sie sich über die neue Zahnärzte-Heilmittel-Richtlinie?

HENDGES | Ja, vorher hatten wir zwar schon die Möglichkeit, Heilmittel zu verordnen, die rechtliche Sicherheit hat aber gefehlt. In der bestehenden Heilmittel-Richtlinie der Ärzte wurden die zahnmedizinischen Aspekte nicht abgebildet. Deswegen haben wir 2014 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beantragt, eine Heilmittel-Richtlinie für die Zahnärzte und damit mehr Rechtssicherheit zu schaffen.

Was gefällt Ihnen an der neuen Richtlinie?

HENDGES | Sie enthält klare Regeln, die einen Rahmen setzen für Verordnungen im Behandlungsalltag. Außerdem beantwortet sie Fragen, die uns Zahnärzte häufig stellen: Was darf ich verordnen? Unter welchen Voraussetzungen?

Was ist der Schwachpunkt der neuen Heilmittel-Richtlinie? Was würden Sie anders machen, wenn Sie noch einmal von vorne anfangen würden?

HENDGES | Solche Richtlinien stellen immer einen Kompromiss dar. Der GKV-Spitzenverband wollte zum Beispiel von Anfang an Dinge abgebildet sehen, die er aus seiner Erfahrung mit ärztlichen Heilmittelverordnungen für nötig erachtet. Für den zahnärztlichen Bereich hielten wir das aber nicht immer für sinnvoll.

NOBMANN | Wir wollten anfangs auf einem blanken Blatt Papier beginnen, losgelöst von der ärztlichen Heilmittel-Richtlinie. Ausgehend davon, was im zahnärztlichen Sektor bereits möglich ist, wollten wir das Ganze möglichst übersichtlich halten. Gleichwohl ist der G-BA immer ein Austausch von Kräften und Argumenten, bei dem man Zugeständnisse machen muss. Am Ende haben also viele Regelungen, die es im ärztlichen Bereich gibt, Eingang in die zahnärztliche Richtlinie gefunden.

Welche Zugeständnisse mussten Sie sonst noch machen?

NOBMANN | Wir hätten uns zum Beispiel ausdifferenzierte Verordnungsmöglichkeiten in der Physiotherapie vorgestellt. Auch den Beginn der Heilmittelerbringung hätten wir gerne flexibler gestaltet, genauso wie die Verordnungsmengen und die maximalen Verordnungsvolumina. Es gibt aber auch einen sehr positiven Punkt, den wir bereits auf

der Pressekonferenz des G-BA im Dezember 2016 genannt haben: Wir konnten KG-ZNS bei Kindern gegen große Widerstände durchsetzen.

HENDGES | Wenn wir Erfahrungen mit der Richtlini- enanwendung gesammelt haben, besteht dazu die Möglichkeit, an der Richtlinie Nachbesserungen vorzunehmen. Ein Ziel kann dabei sein, genau die Dinge weiter herauszuarbeiten, die im zahnärztlichen Sektor passgenauer sind als im ärztlichen Sektor.

Haben Therapeuten bei der Entstehung der Richtlinie mitgewirkt?

NOBMANN | Bei den Beratungen im G-BA ist der Teilnehmerkreis gesetzlich vorgegeben und die Beratungen unterliegen der Vertraulichkeit. Wir konnten uns also lediglich innerhalb des Gremiums abstimmen. Umso wichtiger war das Stimmverfahren, bei dem alle maßgeblichen Verbände der Heilmittelerbringer und zahnärztlichen Fachgesellschaften mit einbezogen wurden. An dieser Stelle flossen noch einmal viele fundierten Hinweise und Kritikpunkte in die Richtlinie ein. Insofern hat der G-BA durchaus die Kompetenz der Fachverbände berücksichtigt.

Herr Hendges, Sie sind Zahnarzt, haben lange Zeit in einer eigenen Praxis gearbeitet. Liefert die Richtlinie Ihres Erachtens Zahnärzten eher mehr Möglichkeiten, Patienten zu versorgen, oder bewirkt sie eine strengere Reglementierung?

HENDGES | Ich verstehe sie nicht primär als Reglementierung.

„Die Richtlinie wird vielen Zahnärzten den Anstoß geben, sich mehr mit der Verordnung von Heilmitteln, beispielsweise im Zusammenhang mit Kiefergelenksproblematiken, zu beschäftigen.“

Aufgrund der nun vorhandenen Rechtssicherheit wird es in diesem Bereich wahrscheinlich auch häufiger Heilmittelverordnungen geben.



Sie sprechen die Rechtssicherheit an. Sind Zahnärzte bislang ängstlich bei der Heilmittelverordnung gewesen?

HENDGES | Darüber gibt es nur wenige valide Daten, das sind also eher subjektive Wahrnehmungen. An den Fragen der Kassenzahnärzte merken wir aber, dass Unsicherheiten bestehen, etwa was die Menge und die Therapieart der Heilmittel betrifft.

Gibt es Statistiken, wie viele Zahnärzte bisher Heilmittel verordnet haben?

HENDGES | Nein, uns liegen Daten höchstens als Sozialdaten der Krankenkassen vor, weil diese die Verordnungen über die Heilmittelerbringer erhalten. Wir überlegen aber, hier in Zukunft selbst Zahlen zu erfassen, um eigene Aussagen treffen zu können.

Was können Heilmittelerbringer tun, damit die Implementierung der neuen Heilmittelrichtlinie leichter vonstattengeht?

HENDGES | Wir können die Kommunikation und den fachlichen Austausch, etwa über Therapiekonzepte, stärken. Das Verordnen ist ja lediglich das eine, das andere ist, ob der Physiotherapeut oder Logopäde mit dem, was verordnet wird, überhaupt zurechtkommt. Die Fallzahlen von Kiefergelenkserkrankungen steigen von Jahr zu Jahr, die Zusammenarbeit wird also immer wichtiger.

Gibt es da konkrete Zahlen?

HENDGES | Wir haben pro Jahr etwas über 1,4 Millionen Schienentherapien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist also eine ganze Menge. In diesem Zusammenhang wächst vermutlich auch der Bedarf an Heilmittelverordnungen.

Glauben Sie, durch die Heilmittel-Richtlinie werden die Verordnungen jetzt stark zunehmen?

HENDGES | Das ist schwer zu prognostizieren. Ich gehe zwar davon aus, dass die breite Masse der Zahnärzte das Verordnungsgeschehen aufgreift, rechne allerdings nicht mit einem extrem starken Anstieg der Verordnungen. Diese hängen ja auch an Voraussetzungen wie sauberer Diagnostik und Indikationsstellung. Vielleicht knüpfen Zahnärzte zukünftig in vielen Fällen mit den Heilmittelverordnungen an andere Leistungen an, zum Beispiel an die Schienentherapie. Das bedeutet also nicht, dass jetzt Leistungen erbracht werden, die nicht notwendig sind. Vielmehr erhalten Versicherte fortan Leistungen, die Zahnärzte bislang aufgrund der unsicheren Rechtslage zu selten verordnet haben.

Die Zahnärzte denken da sicher auch an die Ärzte: Die können in Regress genommen werden können, wenn sie zu viel Heilmittel verordnen. Haben Zahnärzte deswegen in Zukunft Schweißperlen auf der Stirn, wenn sie eine Verordnung ausstellen?

HENDGES | Genauso wenig wie zuvor. Bis dato stand im Einzelfall manchmal die Verordnung von Arzneimitteln auf dem Prüfstand, nicht die Verordnung von Heilmitteln. Das ist bei uns kein Thema wie bei den Ärzten.



Es hat also bisher keine Heilmittel-Regresse gegeben?

HENDGES | Auf Bundesebene kennen wir das in Einzelfällen wie gesagt nur aus der Verordnung von Arzneimitteln. Auch bei Heilmitteln wird es allerdings irgendwann auf der Tagesordnung stehen. Insofern helfen auch hier die klaren Regeln der Richtlinie.

Gehört zu diesen klaren Regelungen auch ein vereinbartes Heilmittel-Ausgabevolumen, so wie es die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt hat?

HENDGES | Das gibt es Gott sei Dank im zahnärztlichen Bereich nicht. Wir werden uns auch weiterhin dafür einsetzen, dass so etwas bei uns nicht zustande kommt.

Das heißt, es gibt auch keine Richtgrößen und Prüfungen nach Durchschnittswerten?

HENDGES | Richtig.

Zahnärzte können also tatsächlich schauen, ob eine Indikation vorliegt, verordnen und rutschen dadurch nicht automatisch in ein Prüfverfahren hinein?

HENDGES | Genau. Zahnärzte können nur dann in einen Regress geraten, wenn sie die Richtlinie falsch auslegen, also Formfehler begehen. Dann könnten die Krankenkassen ihnen unwirtschaftliches Ordnungsverhalten unterstellen, weil sie etwa Verordnungsmengen oder -frequenzen nicht eingehalten oder Indikationsgruppen nicht richtig zugeordnet haben. Neben diesen reinen Formalien muss es auch einen vorgelagerten Prüfschritt geben, der schaut, inwiefern im Einzelfall die Heilmittelverordnung tatsächlich dem Gebot der Einzelwirtschaftlichkeit unterliegt.

Das gilt wahrscheinlich insbesondere für den Regelfall? Es kann ja auch außerhalb des Regelfalls verordnet werden.

HENDGES | Auch da sehen wir keine Einschränkungen. Solange der Zahnarzt seine Verordnung so begründet, wie die Richtlinie sie abbildet, muss er keine Angst vor einem Regress haben.

Stehen also auch Praxisbesonderheiten und eine Anlage 2 mit langfristigem Heilmittelbedarf nicht im Raum?

HENDGES | Dafür sehen wir zurzeit keinen Bedarf.

Sind Zahnärzte offen für Hinweise, dass ein Formfehler vorliegt? Oder ist das ein Problem?

HENDGES | Aus meiner Praxiserfahrung heraus sehe ich hier überhaupt kein Problem. Vor allem, wenn man sich zuvor bereits auf eine Kooperation verständigt hat und zusammenarbeitet, ist ein Hinweis auf einen Formfehler kein Streitpunkt.

NOBMANN | Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung treten nun sowohl Zahnärzte als auch Heilmittelerbringer in eine neue formelle Welt, mit eigenen Formularen und einem eigenen Heilmittel-Katalog. Alle Beteiligten müssen also dazulernen und können voneinander nur profitieren. Sachliche Hinweise nehmen Zahnärzte sicher gerne entgegen.

HENDGES | Die Zahnärzteschaft muss dabei auch lernen, welche Folgen Formalitäten haben können: Sie müssen verstehen, dass Formfehler Heilmittelerbringern unter Umständen Probleme bereiten.





Sie sind ja Zahnarzt – wie kann ich als Therapeut Zahnärzte am besten ansprechen, wenn ich beispielsweise bemerke, dass es einen Fehler gibt? Sollte ich auf die Zahnärzte zugehen?

HENDGES | Ich denke, dass die Zahnärzte dankbar für solche Hinweise sind. Kooperationen mit beispielweise Zahntechnikern, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen oder Kieferorthopäden sind wir ja gewohnt.

Außerdem stellen wir vermehrt fest, dass sich beispielsweise Physiotherapeuten in dem Bereich Mund-Kiefer-Gesicht besonders aus- und fortbilden und aktiv auf die Zahnärzte zugehen. Jeder Zahnarzt freut sich über einen spezialisierten Heilmittelerbringer. Für mich als Zahnarzt sind begleitende Therapieschritte in Form von Heilmitteln probate Mittel, um zum Therapieziel zu gelangen, vor allem bei multifaktoriellen Problematiken wie CMD.

Zahnärzte haben die Möglichkeit, einen Therapiebericht anzufordern. Ist das sinnvoll? Wie hätten Sie diesen gerne gestaltet?

HENDGES | Ich glaube nicht, dass Zahnärzte aktiv eine Form für einen Therapiebericht vorgeben werden. Das würde ich auch nicht zwingend befürworten. In der Praxis freue ich mich über einen Therapiebericht, um nachzuvollziehen, was in der Behandlung passiert. Dann kann ich das auch in meinem Therapiekonzept berücksichtigen.

Nun müssen die Zahnärzte noch lernen, mit den neuen Verordnungen umzugehen. Wie kommunizieren Sie die Heilmittel-Richtlinie?

HENDGES | Wir haben umgehend eine Kommentierung der Richtlinie und ausführliche Hinweise für das Formular erarbeitet und in einem Rundschreiben an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen versandt. Dort finden auch Schulungen für die Vereinigungsmitglieder statt. Wir haben also viel getan, um die Vertragszahnärzte frühzeitig zu informieren – den dauerhaften Schulungsbedarf haben wir damit aber natürlich noch nicht abgedeckt. Wir planen, das Thema auch in einer Broschüre weiter zu kommentieren.

NOBMANN | Ich glaube, einzelne Zahnärzte werden sich vor allem bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren wollen. Aus meiner Erfahrung heraus prognostiziere ich, dass die Fragen an die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung weitergeleitet werden. Da sind sie dann auch an der richtigen Adresse. Wir werden die Nachfragen auch dahingehend prüfen, ob die Richtlinie noch konkretisiert werden muss – wovon wir derzeit aber nicht ausgehen. Sollte dies doch der Fall sein, werden wir die entsprechenden Punkte zeitnah im G-BA angehen.

Wobei „zeitnah“ mindestens drei Jahre bedeutet, oder?

NOBMANN | Wenn es tatsächlich nur um eine formelle Nachvollziehung geht, wie beispielsweise im Heilmittel-Katalog, geht es deutlich schneller! Die Richtlinie wurde in zweieinhalb Jahren von Grund auf erarbeitet, vom ersten Tag bis zur finalen Beschlussfassung am 15. Dezember letzten Jahres. Verglichen etwa mit einer zehnjährigen Beratungszeit für die Neufassung der ärztlichen Kinder-Richtlinie sind wir Zahnärzte, glaube ich, hier schon sehr schnell gewesen.



Rahmenempfehlungen gelten auch für die neuen zahnärztlichen Verordnungen

Die Rahmenempfehlungen zwischen GKV-Spitzenverband und den Heilmittelverbänden sind allesamt so alt, dass sie die Heilmittelrichtlinie Zahnärzte noch nicht ausdrücklich berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband hat jetzt auf Nachfrage mitgeteilt, dass die anwendbaren Regelungen der Rahmenempfehlungen auch für die neuen Zahnarzt-Heilmittelverordnungen gelten.

„Die Rahmenempfehlungen sind grundsätzlich übertragbar“, bestätigt Claudia Widmaier, Pressereferentin des GKV-Spitzenverbands eine entsprechende Anfrage von **up**. Separate Rahmenempfehlungen für die zahnärztliche Heilmittel-Richtlinie sind demnach nicht geplant, ebenso wenig wie ein spezieller Fragen-Antworten-Katalog, wie es ihn für die alte HeilM-RL gibt. Allerdings überlege man, so Widmaier, ob es eine gesonderte Anlage 3 (notwendige Anga-

ben auf der zahnärztlichen Heilmittel-Verordnung) geben müsse. Denn der neue zahnärztliche Vordruck unterscheide sich wesentlich vom vertragsärztlichen Vordruck.

Alte Regeln gelten für neue Zahnarzt-Verordnungen

Damit gelten die bestehenden Ausnahme- und Korrekturregeln aus den Rahmenempfehlungen und -verträgen zunächst auch für zahnärztliche Verordnungen. Das betrifft insbesondere die Regelungen zur Korrektur des spätesten Behandlungsbeginns und zum Indikationsschlüssel sowie die Unterbrechungsregelungen, jeweils in Abhängigkeit von Fachrichtung, Bundesland und Kassenart.

Für Logopäden bestehen eigene Rahmenempfehlungen, die relativ gute Korrekturmöglichkeiten vorsehen – Physiotherapeuten leben noch immer mit den uralten „Allgemeinen Rahmempfehlungen“.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

geb. am

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung **15** Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

Wegegeld-/Pauschale Faktor km Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

spätest. am **4**

Kataloges

therapie **8**

Heilmittel:

Elektrostimulation

Elektrotherapie

8e

8f

8d

Sprech- und Sprachtherapie **9**

Therapiedauer

30 min.

45 min.

60 min.

Anzahl pro Woche **10**

1x 2x 3x

Verordnungsmenge

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche **11**

1x 2x 3x

Verordnungsmenge

13

14

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Eine ausführliche Anleitung zum formal korrekten Ausfüllen einer Verordnung durch Vertragszahnärzte findet sich als Abschnitt der von buchner herausgegebenen Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte. Online bestellen unter www.buchner-shop.de/hmk

8f Die beiden leeren Zeilen „**ggf. Spezifizierung**“ sind optional für eine weitere Konkretisierung der verordneten ergänzenden Heilmittel vorgesehen.

Verordnung von Heilmitteln: Die Verordnung von Heilmitteln erfolgt über das Ankreuzen der Leistung auf dem Verordnungsf formular. Dabei ist darauf zu achten, dass entweder Physiotherapie ODER Sprech- und Sprachtherapie auf einer VO steht, zusammen können diese Leistungen nicht verordnet werden.

9 Maßnahmen der Logopädie: Bei der Sprech- und Sprachtherapie sind Einheiten von 30, 45 und 60 Minuten gem. Heilm-Katalog ZÄ möglich. Die Zeiten müssen angekreuzt sein.

10 Frequenzangabe und Verordnungsmenge: Von der im Heilm-Katalog angegebenen Frequenzempfehlung kann der Zahnarzt abweichen. Auch für ein ergänzendes Heilmittel muss die Frequenzangabe gemacht werden. Eine Änderung ist nach Rücksprache mit dem Zahnarzt (z. B. telefonisch) durch den Therapeuten zu dokumentieren. Eine VON – BIS Frequenzspanne wird durch Auswahl des unteren und des oberen Wert der Spanne durch Ankreuzen verordnet (z. B. Kreuz in 1x und 3x).

11 Verordnungsmenge: Die Verordnungsmenge (Anzahl der Behandlungen) darf die Höchstverordnungsmenge je EV bzw. FV nicht überschreiten. Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles gelten andere Regeln. Hier lautet die Faustregel: Verordnungsmenge/Frequenz <= 12. Wird ein ergänzendes Heilmittel verordnet, muss dafür ebenfalls die Verordnungsmenge angegeben werden.

12 vollständige Indikationsschlüssel: Besteht bei der Physiotherapie aus dem Diagnosengruppenkürzel und ggf. dem Ordnungsbuchstaben für die Leitsymptomatik (wenn das im Heilm-Katalog so vorgesehen ist) z. B. CSZa – Chronifiziertes Schmerzsyndrom – mit rezidivierenden Schmerzen. Der Indikationsschlüssel bei der Logopädie entspricht genau der Diagnosengruppe im Heilm-Katalog ZÄ, z. B. SPZ – Störungen des Sprechens.

13 Therapierelevante Diagnosen: Diagnosen sollen vom Zahnarzt im Klartext angegeben werden. Weitere Angaben zur Diagnose (z. B. OP-Daten) und Therapieziele konkretisieren die Verordnung. Auch die **Leitsymptomatik** wird hier als Klartext dokumentiert, wenn sie nicht durch einen kleinen Ordnungsbuchstaben im Indikationsschlüssel angegeben ist.

13a ICD-10-Code: Die beiden ICD-10-Code-Felder sind vom Zahnarzt nicht auszufüllen und können leer bleiben. Kein Abrechnungsproblem, wenn die Felder trotzdem ausgefüllt sind.

14 Medizinische Begründung bei VO a.d.R.: Hier muss ein Klartext stehen, wenn VO a.d.R. oben angekreuzt ist.



Eine neue Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL ZÄ) wirft neue, oft aber auch altbekannte Fragen wieder auf. Auf den folgenden Seiten sind alle wichtigen Fragen mit Antworten für Sie in der Übersicht:

Häufige Fragen zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte



Übergangsregelungen

Frage Wie kommen die neuen Vordrucke zu den Zahnärzten?

Antwort Die jeweilige kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) kümmert sich um die Versorgung der Zahnärzte mit VO-Formularen. Außerdem haben die Hersteller der Praxisverwaltungssoftware zugesagt, dass die neuen Heilmittel-VO-Formulare zum 1. Juli 2017 bedruckbar sind und auch als Blankoverordnungsvordrucke zur Verfügung stehen.

Frage Was passiert mit bereits laufenden zahnärztlichen Verordnungen?

Antwort Alle zahnärztlichen Verordnungen, die vor dem 1. Juli ausgestellt wurden, werden einfach nach den alten Regeln abgearbeitet. Die verordneten Therapien können über den Stichtag hinaus erbracht und abgerechnet werden. Die neue HeilM-RL ZÄ gilt nur für Verordnungen mit Ausstellungsdatum ab dem 1. Juli 2017.

Frage Gibt es eine Übergangsfrist, in der sowohl alte als auch neue Verordnungsblätter genutzt werden können?

Antwort Bisher ist keine Übergangsfrist vorgesehen (Auskunft KZBV – Stand: Mitte Juni). Die Erfahrung zeigt jedoch, dass oft zum Stichtag dann doch eine Übergangsregelung vereinbart wird. Wir werden Sie dann entsprechend informieren (siehe Branchennews Seite 6).

Frage Wenn Behandlungen schon vor dem 1. Juli 2017 begonnen haben, welche Art von Verordnung muss der Arzt dann weiter ausstellen (Erst- oder Folgeverordnung)? Und wie verhält es sich mit der Anzahl der Behandlungen?

Antwort Da die neue HeilM-RL ZÄ erst zum 1. Juli in Kraft tritt müssen die „Altenverordnungen“ hier nicht berücksichtigt werden. Zum 1. Juli startet praktisch alles von Null.

VO im Regelfall

Frage Löst eine zahnärztliche Verordnung immer einen neuen Regelfall aus, auch wenn andere Ärzte zur gleichen Diagnose schon Verordnungen ausgestellt haben?

Antwort Ja, zwischen den einzelnen Heilmittel-Katalogen gibt es keinen Zusammenhang. Insofern muss der Zahnarzt bei seiner Verordnung keine Rücksicht auf die Ordnungsweise von Nicht-Zahnärzten nehmen.

Frage Ist es möglich, bei längerem Behandlungsbedarf von einer Diagnosengruppe in eine andere zu wechseln, z. B. LYZ1 zu LYZ2?

Antwort Nein. Abweichend zum vertragsärztlichen Heilmittel-Katalog, ist bei den Zahnärzten kein Wechsel von einer Diagnosengruppe mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine mit mittelfristigem Behandlungsbedarf vorgesehen. Das heißt, wenn bei CD1 oder LYZ1 die im Heilmittel-Katalog vorgesehene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht ausreicht, ist nach Maßgabe des § 7 HeilM-RL ZÄ eine Verordnung außerhalb des Regelfalls auszustellen.

VO außerhalb des Regelfalls

Frage Dürfen Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden?

Antwort Gem. § 7 HeilM-RL ZÄ dürfen Zahnärzte Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausstellen, wenn dazu eine medizinische Notwendigkeit besteht. Im Prinzip gilt hier alles ganz genauso wie bei den bekannten Abläufen im vertragsärztlichen Bereich.

Frage Müssen Verordnungen außerhalb des Regelfalls genehmigt werden?

Antwort Ja, grundsätzlich sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls gem. § 7 Abs. 4 HeilM-RL ZÄ genehmigungspflichtig. Die Krankenkassen können auf diese Genehmigungspflicht verzichten. Die im kassenärztlichen Bereich ausgesprochenen Genehmigungsverzichte gelten nicht automatisch für zahnärztliche Verordnungen. Deswegen gilt für alle zahnärztlichen Verordnungen außerhalb des Regelfalls bis auf weiteres die Genehmigungspflicht. Der GKV-Spitzenverband will im Sommer die aktuelle Genehmigungsliste im Internet um Informationen zu den Genehmigungsverfahren bei zahnärztlichen Heilmittel-Verordnungen ergänzen.

Frage Wann kann die Behandlung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls begonnen werden?

Antwort So wie gewohnt: Sobald das Fax mit dem Antrag auf Genehmigung an die zuständige Krankenkasse abgeschickt worden ist, kann die Behandlung beginnen und so lange fortgesetzt werden, bis die Kasse ablehnt.

Gruppentherapie

Frage Ist es für Zahnärzte möglich, Gruppentherapie zu verordnen?

Antwort Nein, es gibt für Zahnärzte keine Möglichkeit Gruppentherapie zu verordnen. Das ist in der HeilM-RL ZÄ nicht vorgesehen. Trotzdem können Logopäden von der Möglichkeit

der gleichzeitigen Behandlung/Parallelbehandlung jederzeit Gebrauch machen, wenn dies in der Leistungsbeschreibung/Preisliste der betreffenden Kasse so vereinbart ist.

Hausbesuch

Frage Kann die Therapie auch als Hausbesuch verordnet werden?

Antwort Ja, gem. § 10 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ können Hausbesuche aus medizinischen Gründen vom Zahnarzt verordnet werden. Es gelten die gleichen Regeln wie im vertragsärztlichen Bereich. Dazu gehört auch die Möglichkeit einer Behandlung außerhalb der Praxis in entsprechenden Fördereinrichtungen, ohne dass dafür ein Hausbesuch abgerechnet werden kann (§ 10 Abs. 2).

Frage Muss denn ein Kreuz im Feld Hausbesuch zwingend vorhanden sein?

Antwort Die Zahnärzte müssen aufgrund der Vordruckvereinbarung zwischen Kassen und KZBV ein Kreuz bei Hausbesuch ja/nein machen. Für Therapeuten ist das Fehlen des Kreuzes allerdings unproblematisch, denn der GKV-Spitzenverband hat in seinem Fragen-Antworten-Katalog festgelegt, dass ein fehlendes Kreuz bei Hausbesuch wie ein NEIN gewertet wird.

Art des Heilmittels

Frage Können KG und MT zusammen auf einer Verordnung stehen?

Antwort Nein, zwei vorrangige Heilmittel können nicht auf einer zahnärztlichen Heilmittelverordnung angekreuzt werden. Eine entsprechende Verordnung ist dann ungültig. Auch die gleichzeitige Verordnung von Physiotherapie und Logopädie auf einem Verordnungs-Vordruck ist nicht erlaubt.

Frage Ist die Verordnung von Doppelbehandlungen möglich?

Antwort Grundsätzlich können Zahnärzte im Rahmen des Heilmittel-Katalogs Zahnärzte so verordnen wie Vertragsärzte. Es gibt in beiden Heilmittel-Richtlinien zwar keine ausdrückliche Erlaubnis Doppelbehandlungen zu verordnen, aber es wird auch nicht ausgeschlossen. Da Doppelbehandlungen unter Umständen medizinisch notwendig sind, kann der Zahnarzt auf der Verordnung z. B. im Feld „Ggf. Spezifizierung“ mit dem Klartext „als Doppelbehandlung“ deutlich machen, dass hier zwei Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang erbracht werden sollen. In diesem Fall wäre es sicherlich sinnvoll, wenn der Zahnarzt das kurz im Feld „Medizinische Begründung“ erläutert.

Frequenz

Frage Kann der Zahnarzt auch eine Frequenzspanne (von/bis) verordnen?

Antwort Ja, dem Zahnarzt ist es freigestellt, welche Frequenz er verordnet. Durch Ankreuzen der entsprechenden Felder (1x) legt er die Frequenz fest, wenn zwei Felder angekreuzt werden, gilt das als von/bis Angabe (1x und 3x = 1 bis 3x die Woche).

Frage Wie kann die verordnete Frequenz geändert werden?

Antwort Das Verfahren ist in § 15 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ beschrieben: Absprache zwischen Zahnarzt und Therapeut, Therapeut dokumentiert Absprachedatum und neue Frequenz bzw. Frequenzspanne auf der Rückseite der Verordnung unten links. Also genau so, wie Therapeuten das von der vertragsärztlichen Verordnung kennen.

Frage Muss die Frequenz zwingend vom Zahnarzt auf der Verordnung angegeben werden?

Antwort Ja, anders als bei den Vertragsärzten muss bei Zahnärzten zwingend eine Frequenz auf der Verordnung angegeben werden. Fehlt diese Angabe muss der Zahnarzt diese Angabe ergänzen.

Indikationsschlüssel

Frage Während bei den meisten physiotherapeutischen Diagnosengruppen die Leitsymptomatik durch einen kleinen Buchstaben (a, b, c, etc.) im Indikationsschlüssel angegeben werden kann, fehlt diese Möglichkeit bei allen logopädischen und einigen physiotherapeutischen Diagnosengruppen. Wie werden hier der Indikationsschlüssel und die Leitsymptomatik angegeben?

Antwort Wenn es keine kleinen Buchstaben (a, b, c, etc.) zur Spezifizierung der Leitsymptomatik im Indikationsschlüssel gibt, muss die Leitsymptomatik als Klartext im Diagnosenfeld angegeben werden. Das gilt nicht nur für logopädische, sondern auch für physiotherapeutische Diagnosengruppen.

ICD-10-Code

Frage Müssen die Felder für den ICD-10-Code ausgefüllt werden?

Antwort Nein, die Vordruckvereinbarung zwischen den Zahnärzten und der GKV sehen vor, dass der Zahnarzt die Diagnose als Klartext auf der Verordnung angibt. Eine ICD-10-Verdodung ist nicht vorgesehen.

Frage Kann der Zahnarzt anstelle einer Klartextdiagnose auch einen ICD-10-Code auf die Verordnung schreiben?

Antwort Der Zahnarzt ist gemäß Vordruckvereinbarung verpflichtet, die Diagnosen als Klartext auf die Verordnung zu schreiben. Für den Therapeuten ist es jedoch kein Problem, wenn nur der ICD-10-Code auf der Verordnung steht. Denn auch bei vertragsärztlichen Verordnungen gilt ein ICD-10-Code als

vollwertige Diagnose. Es besteht also keine Absetzungsgefahr, wenn der Klartext fehlt.

Verordnende Zahnärzte

Frage Sind Kieferorthopäden auch Zahnärzte? Woher weiß ich, welche Ärzte das neuen Verordnungsblatt nutzen müssen?

Antwort Ein Blick auf den Kassenarztstempel offenbart die Zugehörigkeit des verordnenden Arztes zum richtigen Heilmittel-Katalog und Heilmittel-Verordnungsformular. Ärzte, die zahnärztliche Verordnungen ausstellen, sind Mitglieder in der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV). Ärzte der KVen müssen sich an den normalen Heilmittel-Katalog und die bekannten Muster 13, 14 und 18 halten.

Frage Wie werden Änderungen der Verordnungen vorgenommen?

Antwort Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen gem. § 12 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe. Das entspricht exakt den Regeln der bekannten HeilM-RL der Vertragsärzte. In der täglichen Praxis hat sich eingebürgert, dass die Kassen eher auf Unterschrift und Stempel bestehen und das Datum auch fehlen kann. Vermutlich werden die Krankenkassen ihre Prüfpraxis jetzt nicht einfach ändern.

Frage Sind Änderungen der Verordnung per Fax möglich?

Antwort Da der GKV-Spitzenverband erklärt hat, die Regeln bzw. Verträge für die vertragsärztliche HeilM-RL auch für zahnärztliche Verordnungen gelten lassen zu wollen, sind Änderungen in dem Umfang auch per Fax möglich, wie das für vertragsärztliche Verordnungen gilt.

Logopädie

Frage Was schreiben Logopäden auf der Rückseite der Verordnung bei der Empfangsbestätigung in das Maßnahmen-Feld?

Antwort Die Behandlungszeit, die auf der Vorderseite verordnet worden ist. Es stört auch nicht, wenn man davor noch Sprach- oder Sprechtherapie schreibt.

Frage Wo wird die elfte Unterschrift für die Erstbefundung quittiert, die Empfangsbestätigung sieht ja nur 10 Quittungsfelder vor?

Antwort Indem man z. B. die 1. oder 10. Zeile horizontal in der Mitte teilt, erhält man eine zusätzliche Zeile für die elfte Empfangsbestätigung. Denken Sie daran, dass im Maßnahmenfeld bei der Erstbefundung nicht die Zeit, sondern der Text Erstbefundung eingetragen wird.

Behandlungsunterbrechung

Frage Wie lange darf die Behandlung maximal unterbrochen werden?

Antwort Hier greift § 15 Abs. 3 der HeilM-RL ZÄ: „Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.“ Die bereits bestehenden Unterbrechungsregelungen der Rahmenempfehlungen und Rahmenverträge legen „angemessene Begründungen“ durch Kürzel fest. Mit dem richtigen Kürzel können je nach Kassenart und Bundesland Unterbrechungen begründet werden. Zu den angemessenen Begründungen gehören aktuell Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Therapiepausen.

Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Frage Haben Vertragszahnärzte Heilmittel-Budgets?

Antwort Nein, Zahnärzte haben weder Heilmittelausgabenvolumen noch die daraus resultierenden Richtgrößen. Und im Gegensatz zur Lage bei den Vertragsärzten gibt es hier für die Kassen auch nicht die Möglichkeit, zu hohe Heilmittelausgaben mit den Gesamtvergütungen der KVen zu verrechnen. Das bedeutet, dass Zahnärzte nur vor Formfehlern Angst haben sollten. Zur Vermeidung solcher Fehler können Therapeuten ihre Unterstützung anbieten. ■

[bu, jw]



Prüfung mit Durchschnittswerten

Einschränkungen der Heilmittelversorgung in Niedersachsen vereinbart



In Niedersachsen haben GKV und KV eine Heilmittelzielvereinbarung verabschiedet, die die Vertragsärzte in Niedersachsen dazu motivieren sollen, weniger Heilmittel zu verordnen. Dazu sind die früheren Richtgrößen abgeschafft worden. Stattdessen gibt es wieder Prüfung nach Durchschnittswerten. Damit dürfte es spätestens im zweiten Halbjahr 2017 die ersten Ärzte geben, die aufgrund drohender Regresse weniger verordnen werden.



Heilmittelzielvereinbarung für das Jahr 2017

Seite 1 von 6

HEILMITTELZIELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

über die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele
sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens
der Heilmittel

für das Jahr 2017

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

- der IKK classic*,

Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

(* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)

- dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover

- der Knappschaft – Regionaldirektion Nord –
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

- und den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

Auf knapp 600 Millionen Euro haben GKV und KV in Niedersachsen das Heilmittelausgabenvolumen für 2017 festgelegt. Wenn die Ärzte in Niedersachsen es schaffen, nicht mehr als diesen Betrag zu verordnen, dann haben die Vertragspartner vereinbart, dass grundsätzlich auf Prüfungen nach Durchschnittswerten verzichtet wird (Heilmittelvereinbarung Niedersachsen).

KVN ersetzt Richtgrößen durch Durchschnittswerte

„Ab 2017 sind die Richtgrößenprüfungen Vergangenheit“, meldete die KV im November in einer Videobotenschaft auf YouTube. Kurz darauf erschien die Heilmittelzielvereinbarung, die aber nur im geschützten Mitgliederbereich der KVN zugänglich war. „Mit unserem Richtgrößen-Ablösungs-Paket stehen wir vor einem grundlegenden Systemwechsel“, erklärt Jörg Berling, stellvertretender Vorsitzender der KV Niedersachsen, im Video. „Entscheidende Bezugsgröße ist künftig der Durchschnittswert.“

Um diese Durchschnittswerte als Prüfmethode festzulegen, haben KVN und die GKV eine neue Prüfvereinbarung abgeschlossen. Sie sieht vor, dass das Ordnungsverhalten eines Arztes mit dem Durchschnitt seiner Facharztgruppe verglichen wird. Das geschieht nachträglich, in der Regel zwölf bis 15 Wochen nach Quartalsende. Ärzte können den Durchschnitt ihrer Facharztgruppe um bis zu 50 Prozent überschreiben – alles, was darüber hinausgeht, zieht ein Prüfverfahren nach sich.

Neues Verfahren wird Heilmittelversorgung einschränken

Was sich erst einmal nach einer Vereinfachung und Erweiterung der Heilmittelbudgets anhört, entpuppt sich bei näherem Hinsehen als Einschränkung:

1. Das Heilmittelausgabenvolumen, das KVN und GKV für 2017 festgelegt haben, bezieht sich auf die Vorjahresdaten – und explizit auf die Kosten der Heilmittel. Nun werden sich im Jahr 2017 die Honorare der Heilmittelerbringer durch die Entkoppelung von der Grundlohnsummenanbindung deutlich erhöhen. Damit erhöhen sich auch die Kosten pro Behandlung. Wenn Ärzte gezwungen sind, ihre Heilmittelausgaben nicht steigen zu lassen, müssen sie also deutlich weniger Heilmittel für Patienten verordnen.
2. Auf eine Prüfung verzichten KVN und GKV trotz deutlicher Überschreitung der Durchschnittswerte, wenn die betreffenden Ärzte bei ihren Verordnungen im Vergleich zu den Vorjahreszahlen um 3,5 Prozent weniger Kosten verursacht haben. Hier wird wieder auf die Kosten der Therapie und nicht auf die Anzahl der Behandlungen abgehoben. Erhöhen sich die Heilmittel-Honorare zum Beispiel um acht Prozent, müssten Ärzte mehr als zehn Prozent weniger Heilmittel verordnen, um sich vom Prüfverfahren zu befreien.
3. Für Ärzte, die viele chronisch Kranke behandeln, wird es besonders schwierig. Denn bei der oben beschriebenen Befreiung

vom Prüfverfahren werden die Heilmittelausgaben für Besondere Verordnungsbedarfe und Langfristigen Heilmittelbedarf nicht herausgerechnet. Ärzte, die überdurchschnittlich viele chronisch Kranke versorgen, geraten also mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit in das Prüfverfahren.

4. In Paragraph 3 der Heilmittelzielvereinbarung zwischen KVN und GKV werden schließlich Verordnungsgrundsätze vereinbart, mit der die jeweiligen Ärzte die geringeren Verordnungszahlen erreichen sollen. Doch diese Liste führt nicht eine einzige Maßnahme auf, die nicht ohnehin schon durch die Heilmittel-Richtlinie geregelt wird. Was also als Handlungstipp für Vertragsärzte daherkommt, entpuppt sich beim näheren Hinsehen als bloßes Wiederkäuen alter Regeln, die auch bei genauer Anwendung nicht dazu führen, dass Ärzte weniger Heilmittel verordnen können.
5. Die für die niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen problematische Vereinbarung sieht vor, dass eine Arbeitsgruppe zur „Überwachung der Umsetzung und qualitativen Weiterentwicklung“ des Vertrags regelmäßig tagen soll. Und zwar in „nichtöffentlicher Sitzung“. Das Gremium kann folglich ohne störende Zwischenfragen vereinbaren, wie es niedergelassenen Ärzten so viel Angst einjagen kann, dass sie wider besseren medizinischen Sachverstand das Verordnen von Heilmitteltherapie immer weiter herunterfahren. ■

[bu]

Kommentar



Mehr Angst und Unsicherheit in Niedersachsen

Die Prüfung nach Durchschnittswerten als großartigen Systemwechsel zu feiern, ist schon ziemlich dreist. Wir erinnern uns: Bis vor rund zehn Jahren war die Prüfung nach Durchschnittswerten das Standardprüfverfahren. Die Richtgrößenprüfung sollte den Ärzten anschließend helfen, ihre Heilmittelausgaben besser steuern zu können.

Wenn die KV Niedersachsen sich jetzt wieder auf dieses alte Verfahren der Prüfung nach Durchschnittswerten einlässt, tut sie ihren Mitgliedern keinen wirklichen Gefallen. Ärzte werden jetzt wieder erst

nach mehreren Wochen wissen, ob sie mit ihren Verordnungen im Durchschnitt liegen oder nicht. Und bei Unsicherheit werden sie eher weniger verordnen.

Die Regelung, Langfristigen Heilmittelbedarf zunächst mit zu berechnen, diskriminiert Ärzte, die sich um chronisch Kranke kümmern. GKV und KV Niedersachsen sind so damit beschäftigt, die Kosten zu senken, dass sie ganz vergessen haben, dass Ärzte dazu da sind, Patienten angemessen zu versorgen. Das klappt definitiv nicht, wenn mehr Angst und Unsicherheit in Niedersachsen herrscht. ■

[bu]

Seit dem 30.5.2017 sind Lymphödeme ab Stadium II wieder langfristiger Heilmittelbedarf



Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie zur Zuordnung der Lymphödeme ab Stadium II ist in Kraft getreten. Damit können Lymphödempatienten wieder einfacher und ohne Genehmigungsverfahren extrabudgetär versorgt werden.

Mit dem Thema Lymphdrainage hat sich der G-BA wirklich schwergetan. Fehlende ICD-10-Codes musste er durch Übergangsregelungen kompensieren, den Status der Lymphödeme Stadium II nachbessern. Mit dem neuen Beschluss des G-BA gelten nun endlich klare Regeln: Lymphödeme ab Stadium II sind ab sofort in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt.

Sie gelten also als sogenannter langfristiger Heilmittelbedarf, weswegen Ärzte sie extrabudgetär verordnen können. Dadurch unterliegen Verordnungen über manuelle Lymphdrainage für Lymphödeme des Stadiums II und III nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung, was die zuweisenden Ärzte entsprechend entlastet. Die Praxisverwaltungssysteme der Ärzte werden die Änderung ab dem 1. Juli 2017 berücksichtigen.

Kassen dürfen keine Genehmigungen mehr verlangen

Damit entfallen auch mögliche Genehmigungsverfahren. Alle Indikationen des langfristigen Heilmittelbedarfs aus Anlage 2 HeilM-RL gelten automatisch als genehmigt. Daran müssen sich alle Kassen halten. ■ [bu]

Der Abschnitt „Erkrankungen des Lymphsystems“ in Anlage 2, HeilM-RL sieht nun folgendermaßen aus:

ID-10	Diagnose / Spezifikatione	Diagnosengruppe PT
I89.01 I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II und III	LY2
I89.04 I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II und III	LY2
I97.21 I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II und III	LY2
I97.82 I97.83	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II und III	LY2
I97.85 I97.86	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II und III	LY2
C00- C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio, insbesondere bei <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bösartigem Melanom ▶ Mammakarzinom ▶ Malignome Kopf / Hals ▶ Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane) 	LY3
Q82.01 Q82.02	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II und III	LY2
Q82.04 Q82.05	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II und III	LY2

mehr: Den vollständigen Beschluss des G-BA zum Download finden Sie unter: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2906

Acht-Punkte-Programm der KBV: „Ambulantisierung“ durch noch mehr Delegation

Die KBV hat einen Acht-Punkte-Plan entwickelt, um die ambulante Versorgung zu fördern. Dazu gehört einmal wieder: mehr delegieren und Assistenzberufe schaffen.



Laut der KBV werden noch immer zu viele Patienten stationär aufgenommen, obwohl sie eigentlich auch ambulant behandelt werden könnten. Deswegen dreht sich das im Mai 2017 veröffentlichte Acht-Punkte-Papier der KBV auch um einen „Strukturwandel im Sinne der Ambulantisierung“. Die ambulante Versorgung sei kostengünstiger und patientengerechter. Daher spricht sich die KBV dafür aus, die Strukturen an den ambulanten Behandlungsbedarf der Patienten anzupassen.

KBV will nichtärztliche Assistenten – aber auch mehr delegieren

Einer der Punkte betrifft die „Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen durch Delegation“. Die KBV möchte die Kompetenz der Nichtärzte im Gesundheitswesen fördern, auf ähnliche Weise wie der Deutsche Ärztetag, mit dem „Physician Assistant“. Das Papier schlägt auch eine Weiterentwicklung der delegationsfähigen Leistungen vor, etwa in der Pflege. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe erwähnt es mit keinem Wort.

Die KBV will also nur an der Delegation herumdoktern, damit die Kontrolle über die Behandlung in den Händen der Ärzte bleibt. Diese seien „auf gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und auf deren Unterstützung angewiesen“. Unterstützung? Das klingt nicht nach einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

In diesem Zusammenhang behauptet die KBV weiter, die bisherigen Modelle der Delegation würden eine „bürokratiearme und patientenfreundliche Zusammenarbeit“ erlauben. Den Heilmittelbereich können die Ärztevertreter damit nicht ernsthaft meinen. Hier herrscht eine überbordende Bürokratie, die die Ärzte nicht beherrschen – die wenigsten wissen wirklich, wie die Heilmittelrichtlinie funktioniert. Die meisten wünschen sich weniger Papierkram.

Von der „Attraktivität aller Gesundheitsberufe“

Wer die ambulante Versorgung ausbauen und Krankenhausaufenthalte reduzieren will, kommt an einer Stärkung der Heilmitteltherapie nicht vorbei. Das klingt bei der KBV zumindest in der Vorbemerkung an, wo es heißt: „Zudem muss die Attraktivität aller Gesundheitsberufe erhöht und weiterentwickelt sowie das Zusammenwirken von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen optimiert werden.“ Dass das restliche Positionspapier zu diesem Ziel beiträgt, dürfen wir bezweifeln. ■

[mk]

mehr: Das komplette Positionspapier finden Sie unter www.kbv.de/html/29056.php

Verzicht auf das Genehmigungsverfahren bei Muster 13 (PT), Muster 14 (Logo) und Muster 18 (Ergo) **gilt nicht für zahnärztliche Verordnungen**

Die HeilM-RL und die neue HeilM-RL Zahnärzte sehen vor, dass Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor Behandlungsbeginn durch die jeweilige Krankenkasse genehmigt werden müssen. Nach Vorlage der Verordnung kann sofort mit der Therapie begonnen werden. Und zwar so lange, bis die Kasse die Verordnung ablehnt.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, auf dieses Genehmigungsverfahren zu verzichten. (Ärzte: § 8 Abs. 4 HeilM-RL, Zahnärzte: § 7 Abs. 4 HeilM-RL ZÄ). In diesen Fällen gilt jede Verordnung außerhalb des Regelfalls als erteilt und kann ohne weiteren Antrag abgearbeitet und abgerechnet werden. Ein für ärztliche Verordnungen ausgesprochener Genehmigungsverzicht gilt nicht automatisch für zahnärztliche Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Der GKV-Spitzenverband hat dazu eine Abfrage bei seinen Krankenkassen gestartet. Im Verlauf des Sommers 2017 sollen diese

Angaben zu den Genehmigungsverfahren bei zahnärztlichen Heilmittelverordnungen veröffentlicht werden.

Für zahnärztliche Verordnungen gilt, dass zum Stichtag 20. Juni 2017 noch keine Krankenkassen auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Insofern sollten alle zahnärztlichen Verordnungen außerhalb des Regelfalls bis auf weiteres den Krankenkassen zur Genehmigung vorgelegt werden. (Verfahren per Fax ist ausreichend). ■

[bu]

Für ärztliche Verordnungen gilt, dass die im folgenden aufgeführten Krankenkassen zum Stichtag 01.04.2017 auf eine Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalls bestehen, oder keine Angaben gemacht haben. Alle anderen Kassen machen von ihrem Recht Gebrauch und verzichten, laut GKV-Spitzenverband, auf eine Genehmigung bei ärztlichen Verordnungen.

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 Sachverhalt	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	Genehmigungsverzicht für Physiotherapie (außer KMT und D1) und Logopädie, Genehmigungsverfahren für Ergotherapie (außer Gruppenbehandlungen)	0391 – 287 84 78 78
BKK evm	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0261 – 402 718 22
BKK Firmus	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0421 – 643 44 51
BKK GRILLO-WERKE AG	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	07431 – 102 019
BKK Vital	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	0621 – 570 95 85
BKK Wirtschaft & Finanzen	Betriebskrankenkasse	keine Angabe	0234 – 479 19 99
Debeka bkk	Betriebskrankenkasse	Genehmigungsverzicht in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen bis auf Widerruf; Genehmigungsverfahren im restlichen Bundesgebiet	0261 – 941 43 20
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

Privatpreise ohne Diskussion

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

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

Ihr Nutzen

In diesem Seminar erfahren Sie...

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

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

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, 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

08.07.2017 in Leipzig

02.09.2017 in Stuttgart

11.11.2017 in Bonn

02.12.2017 in Berlin

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...

... Klatsch am Arbeitsplatz?



„Hast du schon gehört, Frau Müller und Susanne reden nicht mehr miteinander.“
„Und wusstest du schon, dass Marita ihren Sohn beim Rauchen erwischt hat?“ „Oh Mann, gleich kommt wieder der alte Herr Schneider, der wird mir wieder das Ohr abkauen und während der gesamten Therapie nicht aufhören zu reden.“ Den Drang, uns über andere Menschen auszutauschen, haben wir wohl fast alle. Aber wie gehen Chefs in einem professionellen Kontext mit dem Thema Tratschen um? Wir haben Praxisinhaber in Deutschland gefragt: Wie hältst du es mit Klatsch am Arbeitsplatz?

Vorgehen 1

Klatsch und Tratsch gehört dazu, da mische ich mich als Chef nicht ein

Getratsche ist eben ein Teil des menschlichen Miteinanders. Ich sehe gar keinen Grund, hier eingreifen zu müssen. Das ist definitiv nicht meine Aufgabe. Kann es ja auch gar nicht sein. Ich kann doch meinen Mitarbeitern nicht verbieten, sich zu unterhalten.

Vorteil

Tratsch ist eine Form des Stressabbaus. In der Arbeit am Menschen ergeben sich immer mal wieder schwierige Situationen. Darüber zu quatschen hilft, den Druck abzulassen und schnell wieder einsatzbereit für den nächsten Patienten zu sein. Außerdem lenkt es von langweiligen Routineaufgaben ab. Wenn Sie Klatsch dulden, sich aber selbst klar von solchen Themen distanzieren und nicht mitratschen, laufen Sie auch nicht Gefahr, in den „Strudel-des-Bösen“ mit hineingezogen zu werden und selbst im Affekt zum Beispiel schlecht über bestimmte Mitarbeiter zu sprechen.

Nachteil

Hören Sie als Chef generell bei solchen Gesprächen weg, kann es sein, dass Sie übersehen, wenn aus dem alltäglichen Klatsch plötzlich Mobbing wird. Das wiederum wirkt sich natürlich äußerst negativ auf Ihr Betriebsklima aus. Im schlimmsten Fall verlieren Sie aus diesem Grund sogar eine wichtige Arbeitskraft. Zudem kommt es auch nicht gut an, wenn Patienten mitbekommen, dass über Kollegen oder gar andere Patienten schlecht geredet wird. Das kann einen herben Imageschaden nach sich ziehen.

Vorgehen 2

Ich sehe hier kein Problem, jeder tratscht doch gern mal, da nehme ich mich nicht aus

Da ich selbst auch gern mal tratsche, kann ich es wohl schlecht meinen Mitarbeitern verbieten. Außerdem tut es wahnsinnig gut, wenn man mal gemeinsam Luft ablassen kann. Da würde ich mir ja ins eigene Fleisch schneiden.

Vorteil

Klatsch und Tratsch tragen zu einem „Wir-Gefühl“ bei. Wer sich als Praxisinhaber aktiv beteiligt, wird enger mit der Gruppe verbunden. Das kann sich auch positiv auf die Zusammenarbeit auswirken. Außerdem können Sie in solchen Gesprächen auch Wertvorstellungen transportieren, indem Sie sich zum Beispiel über Unpünktlichkeit beschweren.

Nachteil

Wenn ich mich als Chef am Klatsch der Mitarbeiter beteilige, bin ich nicht mehr unparteiisch und gebe mich auf eine Stufe mit ihnen. Das erschwert es, bei Bedarf wieder in die Rolle des Chefs zu finden. Womöglich wird eine Praxisinhaberin so durch eine ungeschickte Äußerung gar erpressbar oder verhält sich einem Mitarbeiter gegenüber ungerecht. Zudem ist die Grenze zwischen Tratsch und Mobbing schmal. In einer Führungsposition

und umso mehr der Rolle der Geschäftsführerin schickt sich so ein Verhalten nicht. Hier ist also wirkliches Fingerspitzengefühl gefragt: Im richtigen Moment sollten vor allem Chefs lieber den Mund halten.

Vorgehen 3

Klatsch vergiftet das Arbeitsklima, so etwas dulde ich in meiner Praxis nicht

Bei diesem Thema gibt es hier eine einzige, unmissverständliche Regel: Klatsch und Tratsch gehören an den Kaffeetisch und nicht in eine Therapiepraxis. Solch ein Verhalten verbitte ich mir von meinen Mitarbeitern.

Vorteil

Bei einem klaren Verbot wissen alle, woran sie sind. So fällt es Mitarbeitern mehr oder weniger leicht, diese Regel auch zu befolgen.

Nachteil

Zunächst einmal können Chefs nicht alle Gespräche ihrer Mitarbeiter kontrollieren. Es ist dementsprechend auch kaum vorstellbar, dass sich alle Mitarbeiter an ein hundertprozentiges „Klatsch-und-Tratsch-Verbot“ halten. Außerdem unterbinden Sie mit einem solchen Verbot auch die positiven Effekte, die Klatsch auf das Miteinander haben kann.



Vorgehen 4

Klatsch an sich ist okay, wirkt sich das aber auf die Arbeit aus, schreite ich ein

Ich finde es völlig in Ordnung, wenn ein Mitarbeiter mal kurz Luft ablassen muss oder sich über ein hitziges Thema austauschen möchte. Allerdings kommt es, wie bei allem, auf das richtige Maß an. Wird für mich eine rote Linie überschritten, dann greife ich ein.

Ich möchte schließlich nicht, dass solche Gespräche auf Kosten anderer Mitarbeiter gehen. Da habe ich als Arbeitgeber einfach eine Fürsorgepflicht.

Vorteil

Mit diesem Vorgehen lassen Sie Ihren Mitarbeitern die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung und lassen sie von den positiven Effekten solcher Gespräche profitieren. Gleichzeitig befinden sie sich in einem geschützten Rahmen: Falls der Tratsch gegen eine Person ausartet, behält die Chefin sich vor, lenkend einzugreifen.

Nachteil

Wenn man generell Tratsch duldet, wird es schwierig, eine Grenze zu ziehen. Wo hört der „gesunde Klatsch“ auf und wo fängt schädliches Lästern an? Dieser Grat ist sehr schmal und wird von jedem unterschiedlich wahrgenommen. Dementsprechend schwer ist es, eine klare Regelung an die Mitarbeiter zu kommunizieren, wann tratschen erlaubt ist und wann nicht.

Vorgehen 5

Tratschen ja, aber nur hinter verschlossenen Türen

Ich kann meinen Mitarbeitern das Tratschen nicht völlig verbieten. Diese Vorstellung ist utopisch. Aber ich kann dafür sorgen, dass es in einem gewissen Rahmen stattfindet. Deshalb wird bei uns über persönliche Dinge nur im Aufenthaltsraum gesprochen. Sobald Patienten anwesend sind, sind solche Gespräche tabu – das würde sonst einfach unprofessionell wirken.

Vorteil

Mit diesem Vorgehen können Chefs die professionelle Außenwirkung ihrer Praxis schützen, den Mitarbeitern aber den Freiraum für private Gespräche gewähren. Klare Regeln können leichter eingehalten werden. Das macht es für Sie auch leichter, sie durchzusetzen.

Nachteil

Manchmal reden wir einfach schneller als wir denken. Wahrscheinlich kennen Sie das auch von sich selbst. Das kann in einem unbedachten Moment auch schon mal an der Rezeption passieren. Für solche Fälle müssen Sie gewappnet sein. Es muss Ihnen klar sein, wie Sie als Chef dann reagieren. Denn eins ist sicher: Wenn Sie nicht eingreifen, werden aus solchen Ausnahmen schnell schlechte Angewohnheiten. ■ [jw]



up|Umfrage:
Wie hältst du es mit Klatsch am Arbeitsplatz?

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 es mit Klatsch am Arbeitsplatz?

- Klatsch und Tratsch gehört dazu, da mische ich mich als Chef nicht ein.
- Ich sehe hier kein Problem, jeder tratscht doch gern mal, da nehme ich mich nicht aus.
- Klatsch vergiftet das Arbeitsklima, so etwas dulde ich in meiner Praxis nicht.
- Klatsch an sich ist okay, wirkt sich das aber auf die Arbeit aus, schreite ich ein.
- Tratschen ja, aber nur hinter verschlossenen Türen.

Absenden

Rezeption - Ort der Entscheidung

Kunden binden und Geld verdienen durch eine gut organisierte Rezeption

Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance. Professionelles Auftreten kann dabei nicht hoch genug geschätzt werden. Die Rezeption ist Dreh- und Angelpunkt in Ihrer Praxis und Ihre Visitenkarte. Die Rezeptionsfachkraft ist der erste Ansprechpartner Ihrer Patienten. Gründe genug für Ihre Mitarbeiter, sich gut vorzubereiten und selbstsicheres Auftreten zu üben, um Pannen und Fehlern vorzubeugen, auf Beschwerden souverän zu reagieren und die Praxisorganisation professionell und effizient zu gestalten.

Ihr Nutzen

Nach dem Seminar haben Sie im Blick ...

- ▶ Geld verdienen (Terminplanung, Zuzahlungen und Ausfallgebühren)
- ▶ Effizienzsteigerung durch geplante Arbeitsabläufe
- ▶ Kundenbindung auch bei "schwierigen" Patienten
- ▶ souveräner Umgang bei Reklamationen/Beschwerden

Zielgruppe

Rezeptionsfachkräfte und Therapeuten, die Rezeptionsaufgaben übernehmen

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 verwoben 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

24./25.08.2017 in Köln

15./16.09.2017 in Leipzig

24./25.11.2017 in Kassel

Anmeldung unter:

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

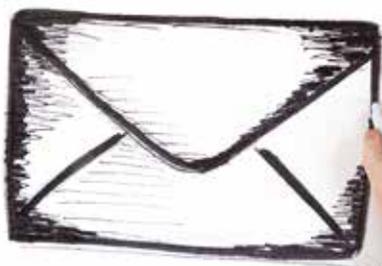
Die Teilnahme kostet Euro 329,50 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

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.

Zuzahlung vergessen?

So erhalten Patienten nur einen freundlichen Brief – und Therapeuten sofort ihr Geld

Der Erfahrungsbericht eines Therapeuten, der zum Physiotherapeuten ging und vergaß, seine Zuzahlung zu bezahlen. Was dann geschah? Er bekam ein nettes Schreiben von seiner Krankenkasse.



Wer selbst, wie ich, Physiotherapeut ist und als Patient in eine Praxis kommt, dem bietet sich oft einen interessanter Perspektivwechsel. Als Produktmanager im Softwarebereich bei buchner erzähle ich unseren Kunden auf Seminaren und Veranstaltungen regelmäßig, wie stressfrei sie das Thema Zuzahlung regeln können.

Dabei berufe ich mich jedes Mal auf den Paragraphen 43 c SGB V:

(1) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.

Etwas einfacher gesagt: Kann oder will ein Patient die Zuzahlung beim ersten Behandlungstermin nicht bezahlen, bekommt er eine schriftliche Zahlungserinnerung. Damit ist die Pflicht des Therapeuten laut SGB V erfüllt. Entweder, der Patient bringt das Geld bei einem späteren Termin mit, oder die Praxis stellt seiner Krankenkasse bei der Abrechnung den vollen Betrag, inklusive Zuzahlung, in Rechnung. Das Geld bekommt die Praxis so oder so.

Therapeut fragte nur einmal nach der Zuzahlung

Wie das in der Praxis funktioniert, habe ich im Oktober 2016 selbst schmerzlich erfahren. Bei einem Geländespiel auf einer Kinderfreizeit blockierte ich mir eine Rippe – eine langwierige Angelegenheit. Nach einer Woche voller Leiden erhielt ich von meinem Orthopäden eine Verordnung für Manuelle Therapie. Die Behandlung war erfolgreich und nach sechs Terminen konnte ich mich wieder schmerzfrei bewegen.

Peinlich war nur, dass ich meine Zuzahlung nicht bezahlt habe. Beim ersten Termin hatte ich mein Portemonnaie nicht dabei und später habe ich es, trotz schriftlicher Erinnerung, schlicht und einfach vergessen. Doch anders, als ich es aus meiner eigenen Erfahrung als Therapeut kenne, hat mich mein Therapeut nur bei meinem ersten Termin nach der Zuzahlung gefragt. Bei den weiteren Terminen stand immer meine blockierte Rippe im Fokus.

Sieben Monate nach dem letzten Behandlungstermin in der Praxis bekam ich einen Brief von meiner Krankenkasse. Im ersten Moment hatte ich Sorge, dass mich satte Mahn- und Säumnisgebühren erwarten. Der Brief war aber wider Erwarten sehr nett formuliert: siehe Abbildung unten

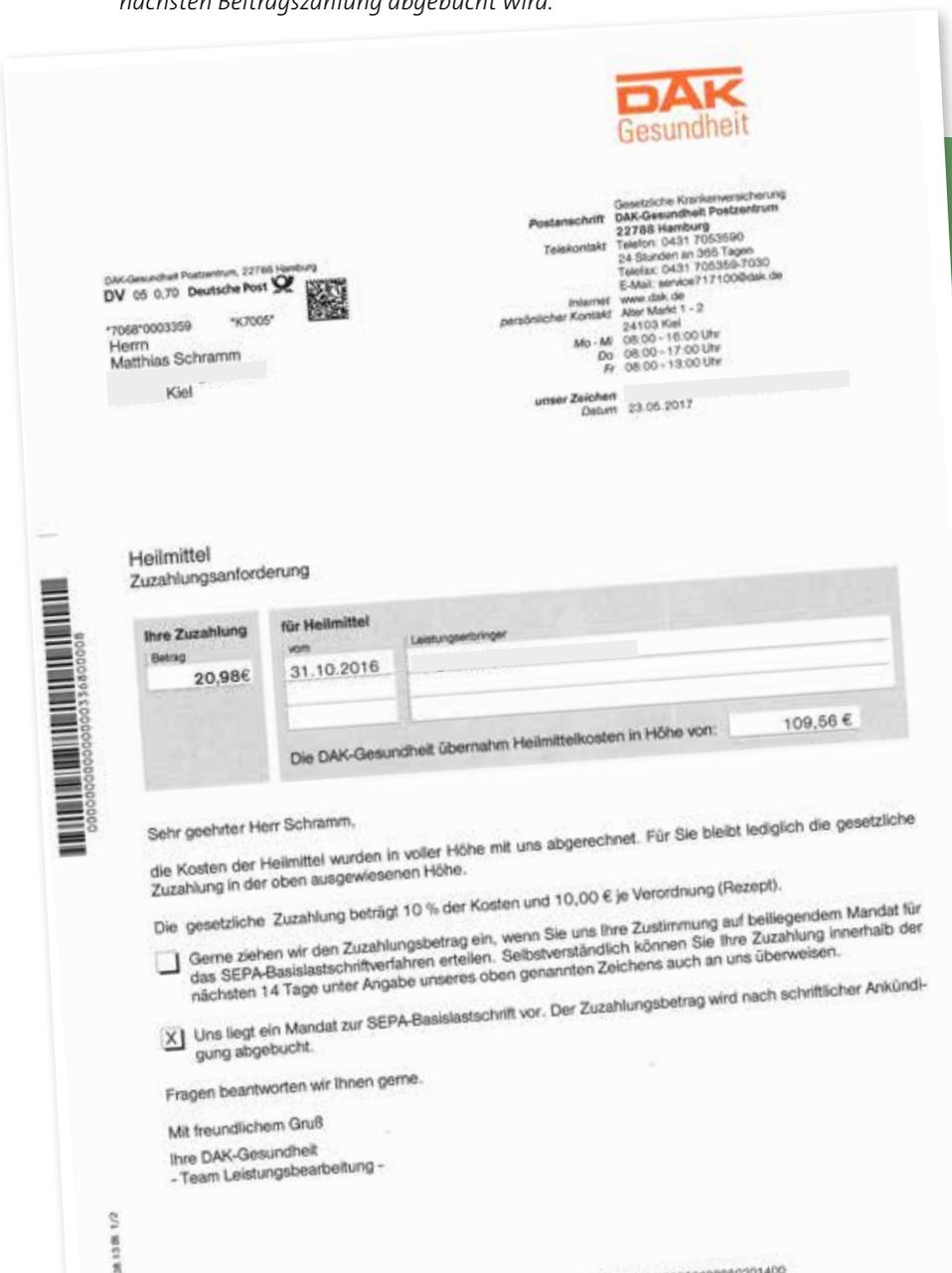
Dann erklärt das Schreiben noch, wie sich die Zuzahlung zusammensetzt und dass mir der Betrag ganz bequem mit meiner nächsten Beitragszahlung abgebucht wird.

Die Konsequenz: Ein freundlicher Brief

Für mich als Patient bedeutet das also: Wenn ich vergesse, meine Zuzahlung zu bezahlen, passiert ausschließlich folgendes: Ich bekomme ein paar Monate später einen freundlichen Brief von meiner Kasse. Ich muss nicht hin und her rennen, um den Betrag zu überweisen. Die Krankenkasse bucht ihn einfach ab.

Für meinen Therapeuten bedeutet es: Wenn er sich nach § 43 c SGB V korrekt verhält, kann er Rezepte, bei denen Patienten die Zuzahlung vergessen haben, der Kasse komplett in Rechnung stellen. Er bekommt sein Geld sofort von der Kasse und die Kasse holt es sich später freundlich vom Patienten zurück. Dieses Wissen kann vielen Praxen sicher einiges an Aufwand und die eine oder andere Diskussion mit Patienten ersparen kann.

Keine Sorge bei nichtbezahlten Zuzahlungen: Ihre Krankenkasse regelt das mit einem freundlichen Brief



Der Erfahrungsbericht von Matthias auf You Tube:

<http://bit.ly/zsYoIEP>
oder einfach Folgendes in der Suche eingeben: **zuzahlung buchner**



STARKEPRAXIS mit Zuzahlungsgarantie

Mit der Software „Starke Praxis“ erledigen Sie das Thema Zuzahlung immer am ersten Termin und rennen nie wieder einem vergesslichen Patienten hinterher.

Wir beraten Sie gern. Rufen Sie uns an: **0800 0000 770**



Urteil: Behandlungszeit von 30 Minuten schließt An- und Ausziehen ein



Das Amtsgericht Jena hat kürzlich entschieden, dass mit der Behandlungsdauer von 30 Minuten eine „Bruttobehandlungsdauer“ gemeint ist, welche die „Ab- und Ankleidezeiten“ mit einbezieht. Eine Privatpatientin hatte das nicht akzeptieren wollen und ihre Rechnung gekürzt.

Immer wieder kommt es in Praxen zu Diskussionen mit Privatpatienten über die korrekte Behandlungsdauer und den damit verbundenen Preis für die Therapie. Im vorliegenden Fall kürzte eine Privatpatientin die Rechnung über eine Verordnung von „10 x Manuelle Therapie 30 Minuten“. Sie war der Ansicht, dass der Therapeut jeweils nur 20 bis 25 Minuten behandelt habe und reduzierte den Rechnungsbetrag um 55 Euro.

Bruttobehandlungszeit

Daraufhin klagte die Therapiepraxis – und erhielt vom Amtsgericht Jena Recht. Nach Auffassung des Gerichts sei außer der Honorarvereinbarung keine konkrete Be-

handlungsdauer zwischen den Parteien vereinbart worden – lediglich eine manuelle Therapie mit dem Faktor 10, also zehn Behandlungen, zu einem Endpreis von 325 Euro. Die Richter hielten es für nachvollziehbar, dass mit der Behandlungsdauer von 30 Minuten eine „Bruttobehandlungszeit“ gemeint sei, die die „Ab- und Ankleidezeiten“ mit einbezieht.

Tipp: Honorarvereinbarungen absichern
Praxisinhaber können sich gegenüber Privatpatienten, die Zahlungen kürzen wollen, auf das Urteil des Amtsgerichts Jena beziehen. In ihren Honorarvereinbarungen können sie direkt den Begriff „Bruttobehandlungszeit“ benutzen, um sich abzusichern. ■

[ks]

Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Neue Bundesländer	Physiotherapie	BKK Ost	01.07.2017	Verordnungsdatum
Berlin	Podologie	AOK	01.06.2017	Verordnungsdatum
Westfalen-Lippe	Logopädie	RVO	01.06.2017	Letzter Behandlungstermin
Baden-Württemberg	Physiotherapie	IKK, BKK, Knappschaft	01.05.2017	Verordnungsdatum
Brandenburg	Podologie	AOK	01.05.2017	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Podologie	AOK	01.05.2017	Verordnungsdatum
Sachsen	Podologie	AOK	01.05.2017	Verordnungsdatum
Thüringen	Podologie	AOK	01.05.2017	Verordnungsdatum

Keine Fachkräfte? Kein Hausbesuch!



Ihre Erfahrungen mit dem Fachkräftemangel

Haben auch Sie in Ihrer Praxis mit einem Mangel an qualifizierten Mitarbeitern zu kämpfen? Müssen Sie Patienten trösten, weil Ihre Therapeuten Wochen im Voraus ausgebucht sind? Wir möchten uns in den Praxen umhören, wie es um den Nachwuchs in Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie bestellt ist.

Wenn Sie Ihre Erfahrungen mit dem Fachkräftemangel teilen möchten, schicken Sie uns eine E-Mail mit Ihrer Geschichte an redaktion@up-aktuell.de. Wir freuen uns auf Ihre Zuschriften.

Der Fachkräftemangel gefährdet die Versorgung mit Hausbesuchen. Das geht aus einer Stichprobenerhebung des IFK hervor.

Finden Therapiepraxen zu wenige Mitarbeiter, wirkt sich das vor allem auf die Hausbesuche aus. Das geht aus einer Umfrage des Bundesverbands Selbständiger Physiotherapeuten (IFK) hervor. „Insbesondere bettlägerige und in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten finden aufgrund der zunehmend ausgelasteten Terminpläne der Praxen vielfach keine Termine für eine physiotherapeutische Behandlung im Hausbesuch“, heißt es in einer Meldung auf der Website des Verbands.

Patienten müssen zu lange auf Termine warten

Der IFK hat eine stichprobenartige Umfrage unter Praxen und Patienten durchgeführt. Das Ergebnis: „Mehr als jeder vierte Patient steht länger als zwei Wochen auf der Warteliste.“ Die verbindliche Vorgabe, die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach der Verordnung zu beginnen, könne also teilweise wegen Terminknappheit nicht gewährleistet werden. Besonders betroffen seien Hausbesuchspatienten, von denen 40 Prozent nicht in der Praxis ihrer Wahl unterkämen.

Schuld daran sei der Fachkräftemangel: Die Schülerzahlen sinken, der Bedarf an Physiotherapie steigt. Der IFK fordert deswegen die Krankenkassen auf, für ein höheres Einkommensniveau zu sorgen und den Beruf so attraktiver für den Nachwuchs zu machen. ■

[mk]

A

D

H

Abrechnungszentrum für Heilmittelerbringer

Wir rechnen für Sie ab. Gründlich!

- Wir bieten Ihnen eine kostenlose Probeabrechnung:
Telefon (04961) 77 95 52
- Bei uns entfällt das zeitaufwändige Rezeptausfüllen
- Flexible Einreichungszeiten
- Auszahlung zum Wunschtermin
- Vorabprüfung der Verordnungen
- Privatliquidation
- Auf Wunsch Zuzahlungsmanagement
- Komplettes Mahnwesen
- Keine Bindung an eine spezielle Software

**KOSTENLOS
TESTEN**



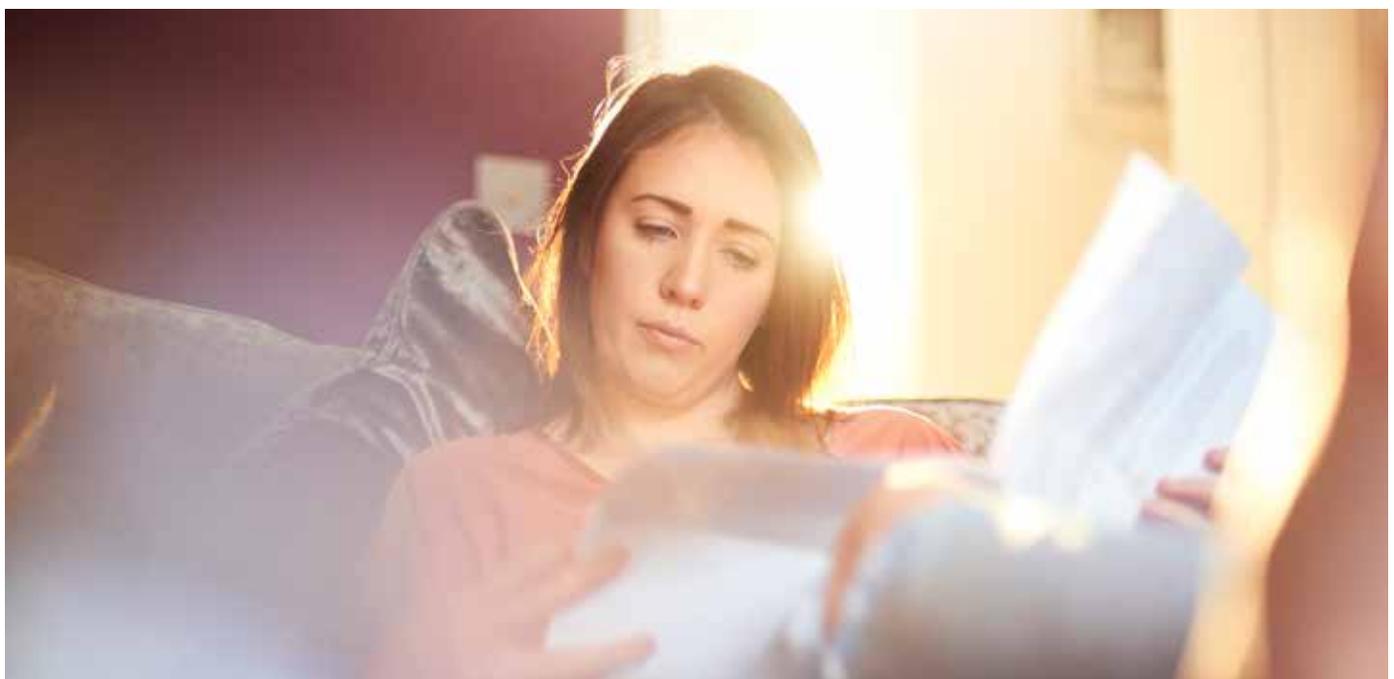
ADH Abrechnungszentrum für Heilmittelerbringer
 Deverhafen 2 · 26871 Papenburg · Tel. (04961) 779552 · Fax (04961) 779554
info@adh-abrechnung.de · www.adh-abrechnung.de

Fachkräfte effektiver bezahlen

Steuerfreie Anreize für Mitarbeiter nutzen

In Zeiten des Fachkräftemangels wird es für Praxisinhaber immer schwieriger, gute Mitarbeiter zu finden und sie vor allem dauerhaft zu halten. Viele Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung lohnen sich für beide Seiten, beispielsweise ein Zuschuss zum Yoga-Kurs oder Kindergarten und die private Nutzung eines Firmenhandys. Auf sogenannte Sachbezüge fallen häufig keine oder nur geringe Steuern an.

Der Blick auf ihre monatliche Gehaltsabrechnung ärgert Sabine Meyer, angestellte Ergotherapeutin aus Essen. Von den 2.000 Euro Bruttogehalt werden rund 219 Euro Steuern und 415 Euro Sozialabgaben abgezogen. Unterm Strich bleiben 1.366 Euro netto - zu wenig für ihre geleistete Arbeit, findet Sabine Meyer. Eine Gehaltserhöhung, wie sie sie von ihrer Praxischefin fordern könnte, würde allerdings nicht das gewünschte Ergebnis bringen, denn mit dem Gehalt steigen auch die Abgaben. Im Fall der Ergotherapeutin hätte sie bei einer Aufstockung ihres Bruttolohns um 60 Euro letztlich nur 32 Euro mehr im Portemonnaie.



Unsere Tabelle zeigt einige Ideen den Lohn Ihrer Mitarbeiter zu optimieren. Meist sind diese Maßnahmen sehr viel attraktiver als eine Gehaltserhöhung

Möglichkeiten, den Lohn zu optimieren	
Aufmerksamkeiten	max. 60 Euro pro Mitarbeiter und Anlass, max. 3 Anlässe jährlich
Essensscheck	max. 6,27 Euro pro Tag
Sachbezüge wie Tank-, Kinogutschein	max. 44 Euro pro Monat per Gutschein
Zuschüsse zu Kinderbetreuung	steuer- und abgabenfrei in unbegrenzter Höhe
Individuelle Gesundheitsleistungen	max. 500 Euro jährlich
Handy, Tablet, PC	werden vom Arbeitgeber gekauft und dem Mitarbeiter zur Verfügung gestellt
Werbefläche	max. 21 Euro pro Monat - Überweisung mit Gehalt

Gutscheine, Sach- oder Dienstleistungen bis 44 Euro pro Monat

Attraktiver sind da Gutscheine, Sach- oder Dienstleistungen: Spendiert der Chef statt der Gehaltserhöhung eine Kinderbetreuung oder das neue Smartphone inklusive Vertrag, haben die Angestellten unterm Strich mehr davon. Auch für den Chef lohnt sich das finanziell, denn solche Ersatzleistungen kosten ihn weniger als die Gehaltserhöhung. So kann Sabine Meyer zum Beispiel Tank- oder Kinogutscheine oder ein Jobticket für den öffentlichen Nahverkehr erhalten. Diese sind steuerfrei, solange der Wert die 44-Euro-Grenze pro Monat nicht übersteigt. Alternativ kann die Praxisinhaberin die 44 Euro auch monatlich auf eine Prepaid-Karte einzahlen, mit der die Mitarbeiterin weltweit einkaufen kann. So verfällt das Guthaben nicht, wie es bei Gutscheinen der Fall sein kann. Das heißt: Ihre Chefin erhöht ihr Einkommen im Jahr um 528 Euro - steuer- und abgabenfrei. Einzige Einschränkung bei diesen Ersatzleistungen: Die Mitarbeiter dürfen sich das Geld nicht auszahlen lassen.

Für Sabine Meyer kann es sich sogar lohnen, auf einen Teil ihre Gehalts zu verzichten: Bei einem Bruttolohn von 1.950 Euro bleiben ihr netto 1.342 Euro. Das sind 24 Euro weniger als bei einem Bruttogehalt von 2.000 Euro. Durch die Ersatzleistungen im Wert von 44 Euro pro Monat bleiben aber letztlich netto 20 Euro mehr.

Zuschüsse zum Essen oder zum Handy

Auch Essenszuschüsse eignen sich als Anreiz für Angestellte. Der Fiskus hat dafür Sachbezugswerte festgelegt: Ein Mittagessen liegt derzeit bei 3,17 Euro pro Tag. Dieser Betrag ist steuer- und sozialversicherungspflichtig. Den Sachbezugswert kann der Arbeitgeber tragen und entsprechend als geldwerten Vorteil versteuern oder der Arbeitnehmer zahlt ihn selbst. Hinzu kommt ein Essenszuschuss vom Arbeitgeber von bis zu 3,10 Euro pro Mittagessen, der steuer- und sozialabgabenfrei ist. Insgesamt ergibt sich also ein Betrag für den Essenszuschuss von 6,27 Euro pro Tag.

Eine weitere gute Möglichkeit zur Mitarbeitermotivation sind Zuwendungen: Mitarbeiter können über die Praxis beispielsweise ein Smartphone leasen. Dabei ist zu beachten, dass das Ge-

rät Eigentum der Praxis bleibt. Schenken darf der Praxischef das Handy also nicht, das wäre sonst ein geldwerter Vorteil, für den Steuern fällig wären. Über einen sogenannten Überlassungsvertrag können Praxisinhaber ihren Angestellten günstig Geräte wie Smartphones, Tablets oder Laptops zur Verfügung zu stellen. Es spielt nach § 3 Nr. 45 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich keine Rolle, ob diese auch privat genutzt werden.

Zuschüsse zum Kindergarten oder zu individuellen Gesundheitsleistungen

Kindergarten, Tagesmutter, Über-Nacht-Betreuung: Kinderbetreuungszuschüsse an die Mitarbeiter sind nach § 3 Nr. 33 EStG steuerfrei und eine gute Möglichkeit, die Angestellten zu unterstützen. Voraussetzung ist, dass es sich um Leistungen handelt, die zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbracht werden. Was die Höhe angeht, gibt es keine Begrenzung für steuerfreie Betreuungszuschüsse vom Arbeitgeber.

Außerdem können Praxisinhaber 500 Euro pro Jahr und Mitarbeiter in die betriebliche Gesundheitsförderung investieren. Zuschüsse zu Mitgliedsbeiträgen für Fitnessstudios und Sportvereine fallen nicht darunter, selbst wenn diese etwa Rückenschulskurse anbieten. Der Grund: Paragraph 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V grenzt betriebliche Gesundheitsförderung vom allgemeinen Sport ab.

Noch wenig bekannt: Krankenzusatzversicherungen

Eine weitere Alternative, die nach Ansicht von Steuerexperten bislang wenig genutzt wurde, sind Krankenzusatzversicherungen, zum Beispiel für die Zähne. Oftmals scheuen Mitarbeiter selbst eine solche zusätzliche Investition. Für Praxisinhaber hat diese Zusatzleistung den Vorteil, dass sie Angestellte weiter an die Praxis bindet.

Noch ein Tipp: Auch durch Werbung für die Praxis auf dem eigenen Auto können Mitarbeiter ihr Einkommen erhöhen – monatlich sind bis 21 Euro steuerfrei. ■

[mk]

Häusliche Pflege von Angehörigen

Anspruch auf Freistellung vom Job



Seit 2015 können sich Berufstätige, die ihre Angehörigen pflegen, ganz oder teilweise von der Arbeit befreien lassen. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz hat sich 2017 der Kreis der Anspruchsberechtigten erhöht: Nun haben auch Angehörige von Menschen mit geringer Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) ein Recht auf Freistellung.

Auch Praxisinhaber müssen ihre Mitarbeiter unter Umständen freistellen, wenn diese nahe Angehöriger pflegen. Die Freistellungsmöglichkeiten sind im Pflegezeit- (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) geregelt:

Pflegezeitgesetz regelt kurzfristige Arbeitsausfälle

Das Pflegezeitgesetz erlaubt es Berufstätigen, sich für die häusliche Pflege von nahen Angehörigen ein halbes Jahr ganz oder teilweise von der Arbeit befreien zu lassen. Dieser Anspruch gilt allerdings nur für Arbeitnehmer, die in Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten.

Sind Beschäftigte vollständig befreit, muss der Arbeitgeber auch keine Vergütung für sie bezahlen. Pflegenden können dann ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen. In kleineren Un-

ternehmen können Beschäftigte mit ihrem Arbeitgeber einvernehmlich eine Freistellung vereinbaren. Auch in diesem Fall haben Beschäftigte Anspruch auf ein zinsloses staatliches Darlehen. Das Darlehen müssen sie nach der Pflegezeit beziehungsweise Familienpflegezeit innerhalb von 48 Monaten zurückzahlen.

Zehn Tage kurzfristige Arbeitsverhinderung

Werden Angehörige überraschend pflegebedürftig, kann jeder Arbeitnehmer – unabhängig von der Unternehmensgröße – eine kurzfristige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen in Anspruch nehmen. Für die Zeit der Arbeitsverhinderung müssen Praxen kein Gehalt zahlen, Mitarbeiter erhalten stattdessen Pflegeunterstützungsgeld.



Familienpflegezeitgesetz: Bis zu zwei Jahre in Teilzeit

Das Familienpflegezeitgesetz regelt die Rechte Berufstätiger, wenn sie zur häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen bis zu zwei Jahre in Teilzeit arbeiten wollen. Die wöchentliche Arbeitszeit muss dabei mindestens 15 Stunden betragen – im Gegensatz zur Pflegezeitgesetz-Regelung ist hier also keine vollständige Befreiung möglich. Anspruch auf eine Arbeitszeitverkürzung haben zudem nur Arbeitnehmer in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.

Möchte ein Mitarbeiter die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, kann er das bei Ihnen als Arbeitgeber beantragen.

Er muss es acht bis vier Wochen vor dem gewünschten Beginn ankündigen. Die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen weist er nach, in dem er eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorlegt.

Arbeitgeber erhalten Gehaltsaufstockung später zurück

Als Arbeitgeber müssen Sie Mitarbeitern, die in Familienpflege gehen, nur das Bruttogehalt für die Zeit zahlen, die sie auch wirklich arbeiten. Sie stocken das Gehalt aber um die Hälfte der Kürzung auf. Arbeitet ein Therapeut also nur noch 20 Stunde statt 40, wird sein Gehalt um 50 Prozent gekürzt. Die Praxisinhaberin stockt die Vergütung um die Hälfte dieser Kürzung (25 Prozent) auf. Ihr Mitarbeiter erhält also 75 Prozent seines bisherigen Gehalts. Um Arbeitgeber in dieser Zeit zu entlasten, bietet das BAFza Unternehmen an, ein zinsloses Darlehen bei ihm aufzunehmen.

Die Aufstockung zahlt der Mitarbeiter in der Zeit nach der Pflege nach und nach wieder zurück. In unserem Beispiel würde er für so viele Monate nur 75 Prozent seines Gehalts bekommen, wie er wegen der Familienpflege gefehlt hat.

Kombination der Pflegezeiten möglich

Das Pflegezeit- und das Familienpflegezeitgesetz sind miteinander verzahnt. Entsprechend lassen sich Pflegezeit und Familienpflegezeit kombinieren, wenn Arbeitnehmer sie direkt hintereinander nehmen und sie insgesamt nicht länger als 24 Monate andauern. Eine zeitliche Unterbrechung zwischen den Freistellungen ist nicht möglich. Die einzige Ausnahme von dieser Regel ist die Freistellung zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase. Sie kann bis zu drei Monate laufen und auch später, also zeitlich versetzt, in Anspruch genommen werden.

Kündigungsschutz während der Pflege

Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis während der Pflege nicht kündigen. Genauer gesagt gilt das ab zwölf Wochen vor dem angekündigten Freistellungstermin bis zum Ende der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung beziehungsweise der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz. ■

[ks]

Was ist eigentlich ein „naher Angehöriger“?

Adoptivkinder gehören dazu, Onkel und Tanten nicht – das Pflegezeitgesetz zählt drei Gruppen von Personen auf, die im Zusammenhang mit der Pflege als „nahe Angehörige“ gelten (§ 7 Abs. 3 PflegeZG):

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder Lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Hausbesuch

Ergo und Logo mit Mensch und Hund

Für unsere „Hausbesuche“ fragen wir Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber aus ganz Deutschland, was sie zurzeit in ihrem Berufsleben bewegt. Dieses Mal sprechen wir mit der Ergotherapeutin Kerstin Thiele. Die Logopädinnen und Ergotherapeutinnen in ihrer Praxis in Berlin versorgen schwerpunktmäßig unter anderem Linkshänder und Schlaganfall-Patienten.



Was wird Ihnen vom heutigen Arbeitstag in Erinnerung bleiben?

THIELE | Heute habe ich mich am meisten über die Fortschritte eines Schlaganfall-Betroffenen gefreut. Er hat mit unserer Unterstützung und mit viel Engagement, eisernem Willen und Disziplin den nächsten Schritt zu einem selbstbestimmten Leben gemacht.

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

THIELE | Dass die Abläufe und die Organisation innerhalb und außerhalb des Praxisalltags immer professioneller werden. Das führt dazu, dass alle Mitarbeiter am Erfolg der Praxis mitarbeiten.

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

THIELE | Nichts. Es ist gut so, wie es ist. Wenn doch einmal etwas nicht funktioniert, ich enttäuscht werde oder keinen Erfolg habe, greife ich wieder an. Nur wer nichts macht, macht keine Fehler. Ich versuche also, aus Fehlern zu lernen und es beim nächsten Mal besser zu machen.

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

THIELE | Für unsere Patienten würde ich mir eine andere Versorgungspraxis wünschen. Die Therapie könnte zum Beispiel oft noch zielführender sein, wenn die Patienten fünf Mal in der

Woche zu uns kommen – für viele sind 45 Minuten Therapie pro Woche einfach nicht ausreichend. ■ [mk]

Die Praxis: ERGO LOGO PRAXIS

- ▶ Kerstin Thiele gründete ihre Praxis im Jahr 2012 auf dem Gelände der Caritas in Berlin. Thiele ist selbst Ergotherapeutin, ihre Praxis bietet Ergotherapie und Logopädie an.
- ▶ Neben der Praxisinhaberin arbeiten in der Praxis zwei Logopädinnen, zwei Ergotherapeutinnen und Praxishund Lancelot.
- ▶ Zu den Besonderheiten der Praxis gehören unter anderem Tiergestützte Therapie und die Beratung von Linkshändern. Außerdem gibt es spezielle Angebote für Schlaganfall-Betroffene und deren Angehörige.

Hausbesuch in Ihrer Praxis

Wenn Sie Praxisinhaber/in sind und Lust haben, einmal in einem unserer Rubrik „Hausbesuche“ einen Einblick in Ihren Berufsalltag zu geben, schreiben Sie uns eine Mail an redaktion@up-aktuell.de

Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte

Einfach wissen, wie es geht

Die neue Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte gilt seit dem 1. Juli 2017 und bietet Zahnärzten und Therapeuten neue Möglichkeiten, Patienten mit Heilmitteln zu versorgen. Dabei hat der G-BA die neue HeilM-RL ZÄ an vielen Stellen genauso abgefasst, wie Therapeuten das aus der ärztlichen HeilM-RL kennen. Größere Veränderungen gibt es dagegen beim Verordnungsformular und dem Heilmittel-Katalog Zahnärzte.

Im Gegensatz zu Therapeuten kennen sich Zahnärzte mit den neuen Regeln ihrer HeilM-RL überhaupt nicht aus. Deswegen lohnt es sich, einen genauen Blick auf die HeilM-RL Zahnärzte zu werfen, Aufbau, Inhalt und Struktur genau unter die Lupe zu nehmen und sich zu überlegen, wie man auf Basis der neuen HeilM-RL ZÄ die Zusammenarbeit mit den Zahnärzten optimal gestalten kann.

Sorgen Sie dafür, dass die Kommunikation mit Ihren Zahnärzten klappt, Patienten angemessen versorgt werden und unnötige Absetzungen durch Krankenkassen vermieden werden.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar:

- ▶ kennen Sie die Regelung der neuen Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte
- ▶ wissen Sie, wie eine gültige Verordnung ausgestellt sein muss
- ▶ kennen Sie die Quellen, in denen Sie bei Fragen nachschlagen können
- ▶ wissen Sie, wie Sie eine ungültige Verordnung korrigieren können
- ▶ kommunizieren Sie zielorientiert mit den ausstellenden Zahnärzten
- ▶ können Sie Zahnärzte bei der Ausstellung von Verordnungen unterstützen
- ▶ wissen Sie, wie Sie neue Zuweiser für Heilmittelverordnungen gewinnen können

Zielgruppe

Logopäden und Physiotherapeuten, Rezeptionsfachkräfte, leitende Angestellte, Praxisinhaber und alle für die Abrechnung zuständigen Personen

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referentin Jenny Werner

Jenny Werner hat Physiotherapie und Betriebswirtschaft studiert und ist seit über 5 Jahren im Produktmanagement bei buchner beschäftigt. Hier ist sie maßgeblich für die redaktionelle Bearbeitung der von buchner veröffentlichten Ausgaben der Heilmittel-Richtlinien, sowohl für den ärztlichen als auch für den zahnärztlichen Bereich zuständig. Darüber hinaus hat sie zahlreiche Beiträge zum Thema ICD-10, ICF und Abrechnung mit Gesetzlichen Krankenkassen veröffentlicht und gehört zur Redaktion von *up|unternehmen praxis*. Seit mehreren Jahren hält sie im Rahmen von Seminaren und Kongressen Vorträge zu diesen Themen.

Termine

18.07.2017 in Köln

13.10.2017 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.

Tue Gutes und rede darüber!

Ulmer Ergo- und Handtherapeutin hat mit guter Öffentlichkeitsarbeit großen Erfolg

Netzwerke aufbauen, für seine Therapie werben, mit Berichten über die Praxis in Zeitungen und am Ende sogar im Fernsehen landen – die Ulmer Ergo- und Handtherapeutin Sabine Haas-Schinzel hat ein Händchen für Öffentlichkeitsarbeit, das ihre Praxis sogar ins ZDF brachte.



Sabine Haas-Schinzel bot einer Ärztin Hilfe für ein Interview im ZDF an und landete am Ende selbst mit einem Beitrag im Fernsehen

„Tue Gutes und rede darüber“ lautet schon der Titel des über 50 Jahre alten Buches von Georg-Volkmar Graf Zedtwitz-Arnim. Der Buchtitel ist inzwischen zu einem geflügelten Wort in der Öffentlichkeitsarbeit geworden. Er macht sich auch gut als Leitsatz für Therapiepraxen: Schafft gute Therapie, gute Organisation, guten Service und teilt das der Öffentlichkeit auch mit. Viele Therapeuten scheuen sich aber, im größeren Stile für ihre qualitativ hochwertige Arbeit zu werben.

Nicht so Sabine Haas-Schinzel. Die 49-jährige Ergo- und Handtherapeutin hatte schon immer ein Faible für die PR-Arbeit. „Ich komme aus einem Unternehmer-Haushalt. Mein Vater hat mir beigebracht: Unternehmer sein heißt, etwas zu unternehmen“, erzählt sie. „Ich muss also selbst aktiv werden, wenn ich etwas erreichen will.“

Das tat die Ergotherapeutin – und landete am Ende sogar in einem fünfminütigen Fernsehbeitrag im ZDF. Für ein Interview für die Sendung „Volle Kanne“ hatte das ZDF eine Rheumatologin angefragt, mit der Sabine Haas-Schinzel schon seit Jahren zusammenarbeitet. Daraufhin rief die Ärztin bei der Therapeutin an und bat sie um einige Handschienen zu Demonstrationszwecken. Diese bot ihr weitere Hilfen an. Im Laufe des Telefonats meinte die Ärztin dann, die Ergotherapeutin könne das eigentlich besser selbst vor der Kamera demonstrieren.

Chance genutzt, die Praxis im Fernsehen zu zeigen

Noch am selben Tag rief die Praxisinhaberin beim ZDF an, fünf Tage später sollte schon gedreht werden. „Da sagen viele gleich: Oh, das schaffe ich nicht!“ Nicht die gebürtige Schwäbin. Sie überlegte sich, welche Behandlung für den Beitrag „Gelenkschmerzen an kalten Tagen“ sich am besten eignen würde. Sie entschied sich für das Paraffinbad, ein Wärmegerät, in dem Paraffinwachs zum Schmelzen gebracht wird. In das warme Wachs werden die Hände nun langsam eingetaucht und wieder herausgezogen, und es bildet sich eine dünne Paraffinschicht auf der Haut. Für den Beitrag schrieb die Therapeutin ein ausführliches „Drehbuch“ und schickte es der Redakteurin.

„Es war ein kleiner Spielball, der mir hier zugeworfen wurde“, freut sich die Praxisinhaberin. Die Chancen zu nutzen, die einem geboten werden, ist einer ihrer Maximen. Nach vier Stunden Dreh in der Praxis war der Beitrag im Kasten und wurde im Januar 2016 ausgestrahlt. Die Sendung begleitet eine Rheumapatientin auf ihrem Weg zum Hausarzt, zu einer Rheumatologin und schließlich zur Handtherapeutin. „Mein Teil“, freut sie sich, „war im Endeffekt länger als die beiden anderen.“

Spezialisierung mit dem richtigen Namen bekannt machen

Von Anfang an war es Sabine Haas-Schinzel wichtig, ihre Spezialisierung richtig zu kommunizieren. „Dass ich Handtherapeutin bin, ist für viele Patienten von großer Bedeutung“, sagt sie. „Aber wenn keiner davon weiß, kommt auch keiner deswegen in die Praxis.“ Die Therapeutin machte sich deshalb schon über den Namen ihrer zweiten Praxis „Hand in Hand“ lange Gedanken, die sie 2011 in Ulm eröffnete. „Wir arbeiten mit der Hand, an der

Hand und eben Hand in Hand im Team und mit den Patienten – passender könnte kein Name für eine Praxis für Handtherapie sein.“ Da sie in ihren Räumen auf die Donau schauen kann, entstand der endgültige Name: „Donaupraxis Hand-in-Hand“.

„Niemals vom Weg abbringen lassen!“

Ihre Praxis in Ulm wollte die Ergotherapeutin mit einem Paukenschlag eröffnen. Sie schaltete ein Anzeigen-Kollektiv in der Lokalzeitung, der Südwest Presse, und klapperte alle ab, die mit ihrer Praxis zu tun hatten. Im Kollegenkreis erntete sie für ihr Projekt damals nur Kopfschütteln. Doch sie habe sich nicht von ihrem Weg abbringen lassen – und am Ende erschienen zur Praxiseröffnung 150 Besucher. „Für einen absoluten Newcomer war das einfach grandios“, so Sabine Haas-Schinzel.

Neue Wege gehen und die Website selbst pflegen

Auch die Pflege ihrer Praxis-Website nimmt die Praxisinhaberin mittlerweile selbst in die Hand. Ihre Maxime: „Der Weg entsteht beim Gehen“ bedeutet für Sabine Haas-Schinzel, Dinge auszuprobieren, die eigentlich nicht zu ihrer Tätigkeit als Therapeutin gehören. Mit Hilfe einer Branchensoftware kreierte sie also auch ihre Website selbst und aktualisiert sie seither regelmäßig. Jeden Mittwoch gönnt sie sich dafür einen Bürotag, an dem sie auch andere Aufgaben erledigt, die über ihre Therapeuten-Tätigkeit hinausgehen. Zum Beispiel geht sie jedes Jahr vor Weihnachten auf Ärzte-Tour. „Ich besuche meine Docs und bedanke mich persönlich für die gute Zusammenarbeit“, so die Therapeutin.

Netzwerke knüpfen und Verbindungen nutzen

In der Pflege ihrer Netzwerke sieht die Therapeutin den Grund für ihre erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit, etwa für diverse Artikel über ihre Arbeit, die in unterschiedlichen Medien erschienen. „Ich sammle Kontakte und pflege sie das ganze Jahr über“, sagt Haas-Schinzel. Ihre Visitenkarten etwa verteilt sie dabei in einer ansprechenden Acryl-Box mit 100 Karten.



In einem Fall führte ihr Hobby, das Motorradfahren, die Praxisinhaberin zu einer interessanten Kooperation. Sie war öfter mit dem Reiseunternehmen „Action Team“ unterwegs, einer Tochter von Deutschlands größter Motorrad-Fachzeitschrift „Motorrad“. Dabei lernte sie einen Redakteur des Magazins kennen. Der interviewte sie nicht nur für seine Zeitschrift, sondern vermittelte ihr auch den Kontakt zur Firma Haveba, die Motorradkleidung produziert. Gemeinsam mit Haveba entwickelte sie dann unter ergonomischen Gesichtspunkten den Motorradhandschuh „Runnix“.



Kommunikation ist auch innerhalb der Praxis wichtig

Sabine Haas-Schinzal liegt nicht nur viel an der Kommunikation nach außen, mit den Ärzten und „meinen Kunden“, wie sie ihre Patienten nennt. Innerhalb des Teams ist ihr der gegenseitige Austausch ebenfalls wichtig. Einmal pro Woche gibt es einen festen Besprechungstermin – sowohl mit ihren vier Bürokräften als auch mit den acht Therapeuten. Außerdem führte sie von Anfang an eine gemeinsame Mittagspause ein, in der die Praxis geschlossen und der Anrufbeantworter eingeschaltet ist. „Betriebswirtschaftlich mag dies nicht optimal sein“, so die Praxischefin, „aber teamtechnisch auf jeden Fall ein Gewinn.“ Besprechungen und gemeinsame Pausen ermöglichten mehr Kommunikation im Team. „Dabei drehen sich die Gespräche nicht immer nur um Privates“, so die Therapeutin.

Das Fazit der Praxisinhaberin in Sachen Öffentlichkeitsarbeit:

„Manchmal muss man eben klotzen statt kleckern.“

Am wichtigsten aber sei es, sich nicht zu scheuen, über die eigenen Erfolge zu berichten. Getreu ihrem Motto: „Tue Gutes und rede darüber!“ ■

[ks]

Steckbrief

Sabine Haas-Schinzal wurde 1967 im baden-württembergischen Ulm geboren. 1989 schloss sie ihre Ausbildung als Ergotherapeutin an der Berufsfachschule in Reutlingen ab. Von 1989 bis Ende 1992 arbeitete sie an der Fachklinik für Neurologie in Dietenbronn, bis 1996 als Fachlehrerin i. A. an der Schule für körperbehinderte Kinder in Ulm-Böfingen. Bis zur Eröffnung ihrer ersten Praxis in Weißenhorn im Juli 2003 war sie als Dozentin und Kursleiterin an der Schule für Ergotherapie in Dornstadt tätig. 2009 legte sie als eine der ersten sieben Therapeuten in Deutschland die Zertifizierung zur Handtherapeutin DAHTH (Dt. Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e. V.) in Tübingen ab. Im Juni 2011 eröffnete sie ihre Donaupraxis Hand-in-Hand in Ulm.



Donaupraxis Hand-in-Hand

Ergotherapie & Handtherapie

Herdbruckerstraße 30
89073 Ulm / Donau
Telefon: 0731 18 49 68 80
sabine.haas@tz-haas.de
www.handtherapie-ulm.de

WIRKSAM ZUFRIEDEN GESUND



Dr. Anke Handrock und Team

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

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

Bei uns immer inbegriffen:
Reichhaltige Pausenverpflegung,
Zertifikatsgebühren, Skripte und
Protokolle

Wochenendblöcke in Berlin

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSKURS

POSITIVE PSYCHOLOGIE

Level 1: Certified Professional
und 150 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

Positive Psychologie Level 1 (2018)

4-teilige Ausbildung in Berlin:

Teil 1: 15. – 18. Februar 2018

Teil 2: 15. – 19. März 2018

Teil 3: 24. – 27. Mai 2018

Teil 4: 20. – 23. September 2018

Ihre Investition: 2.400 Euro (MwSt. befreit)
Nur als Gesamtveranstaltung buchbar.

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSKURS

NLP MEDICAL PRACTICE

Kommunikation in der Medizin
incl. DVNLP- Practitioner Zertifikat und
180 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

NLP Medical Practice 2018

Sechs Wochenend-Module

Januar bis September 2018 in Berlin

NLP-P 1: 19. - 21. 01.2018

NLP-P 2: 02. - 04. 03. 2018

NLP-P 3: 13. - 15. 04. 2018

NLP-P 4: 01. - 03. 06. 2018

NLP-P 5: 24. - 26. 08. 2018

NLP-P 6: 14. - 16. 09. 2018

Ihre Investition: 3.800 Euro (MwSt. befreit)
Nur als Gesamtveranstaltung buchbar.



Steinbeis-Transfer-Institut
Positive Psychologie und
Prävention
der Steinbeis-Hochschule Berlin SHB

Boumannstraße 32
13467 Berlin
Telefon 030 36430590

www.pp-praevention.de



Meine Hände
verdienen optimale
Behandlung



Neu und
exklusiv bei
buchner

Eine Massagelotion soll nicht nur die Haut
des Patienten pflegen, sondern auch die
Hände des Therapeuten schützen

Die NAQI-Massagelotionen wurden zusammen mit Dermatologen speziell für therapeutische Massagen entwickelt. Optimale Gleitfähigkeit für verschiedene Massagetechniken wird von NAQI bestens kombiniert mit höchsten Schutz für die Haut, insbesondere für die hohen Anforderungen an Therapeutenhände.

Weitere Informationen unter www.buchner-shop.de/NAQI.
Möchten Sie eine kostenlose Probe zugeschickt bekommen?
Rufen Sie an unter 0800 59 99 666.