

FIBO GLOBAL
FITNESS

Messeglände Köln
12. – 15. April 2018

Gute
Nachrichten für
Therapeuten

04 | 2018

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen

**Es ist Zeit für die Rote Karte: Schluss mit
vorsätzlichen Rechtsbrüchen der GKVn**

Aufbruchstimmung: Erstes
TherapieForum der Initiative
Therapeutenkammer in Kiel

**QuickCheck – Ein Thema auf
einer Seite:** Bereit für die Daten-
schutz-Grundverordnung?

Beinprothesen: Mit Sanitäts-
häusern hilft ein Ergotherapeut
seinen Patienten auf die Beine



Richtig gut
zusammenarbeiten



alles aus einer Hand

STARKE SOFTWARE

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

Wir beraten Sie gern. Rufen Sie uns an unter 0800 0000 770.
Sie möchten eine Beratung vor Ort? Kein Problem!
Unser Softwareberater kommt auch zu Ihnen in die Praxis.

buchner

Buchner & Partner GmbH · Zum Kesselort 53 · 24149 Kiel · www.buchner.de



David gegen Goliath

☛ Für alle, die nicht ganz bibelfest sind, hier kurz zur Erinnerung: David gegen Goliath war ein ungleicher Kampf. Goliath war ein Riese und erfahrener Krieger. Zudem hatte er eine Rüstung, auf die so mancher Panzer neidisch wäre. Ganz zu schweigen von seinen Waffen. David hingegen war noch sehr jung, eigentlich gar kein Kämpfer und trug nicht einmal ein Schwert. Es hätten wohl wenige auf einen Sieg Davids gewettet. Und dennoch gelang es ihm, den Riesen mit einem einzigen gezielten Schuss aus seiner Steinschleuder niederzustrecken.

Was uns die Geschichte lehren kann? Es hat auch der vermeintliche Underdog eine Chance, wenn er es clever anstellt, die Schwachstellen des Gegners kennt und an seine Sache glaubt. Darum wird der Vergleich David gegen Goliath immer noch häufig herangezogen, wenn sich ungleiche Parteien gegenüberstehen – wie etwa Heilmittelerbringer und Krankenkassen. Natürlich sollten Therapeuten den Kassen keine Steine zwischen die Augen feuern – zumindest nicht im wörtlichen Sinne. Aber Sie können sich wehren und müssen Entscheidungen, die gegen geltende Gesetze und Verträge verstoßen, nicht einfach hinnehmen. Im aktuellen Themenschwerpunkt zeigen wir Ihnen Beispiele dafür, wie sich Krankenkassen im Praxisalltag immer wieder rechts- oder vertragswidrig verhalten, erklären, gegen welche Vorschriften sie damit genau verstoßen und zeigen auf, wie Sie sich bei den Aufsichtsbehörden der Kassen darüber beschweren können.

Also, machen Sie doch auch mal den David und haben Sie einen erfolgreichen Monat.

Mit den besten Grüßen

Yvonne Millar, Redakteurin

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

... **die Aufbruchstimmung unter den Therapeuten**, die sich beim ersten TherapieForum der Initiative Therapeutenkammer gezeigt hat. Neben Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten waren auch u. a. Ärzte, Landespolitiker und Vertreter aus der Pflege dabei.

... **sind chronisch schlecht gelaunte Mitarbeiter**. Kommen Ihnen „Miesmuscheln“ gar nicht erst ins Team oder lassen Sie die Angestellten mit Ihren Launen in Ruhe – solange sie die Behandlung der Patienten nicht beeinträchtigen?

... **ist ein Ergotherapeut, der seinen Patienten hilft**, wieder auf die Beine zu kommen. Er erklärt, wie sie den richtigen Umgang mit Prothesen erlernen und welche Rolle eine enge Zusammenarbeit mit Orthopädietechnikern und Sanitätshäusern spielt.

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

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

Inhalt

Editorial David gegen Goliath	03
Branchennews Aktuelle Informationen	06
Therapeuten sind wenig organisiert Heilmittelbranche in Zahlen	08
 Wir brauchen Euch!	10
Initiative Therapeutenkammer auf erstem TherapieForum in Kiel	
Schwerpunkt Machtmissbrauch! Jeden Tag! Ungestraft!	14
Wie die Krankenkassen regelmäßig und unbehelligt Gesetze und Verträge ignorieren	
„Aus dem Heilmittelbereich erhalten wir vielleicht eine Beschwerde im Jahr“	24
Interview mit Antje Domscheit	
Willkür der Krankenkassen nicht einfach hinnehmen	26
Aufsichtsbehörden gehen Beschwerden über Sozialversicherungsträger nach	
QuickCheck	28
Bereit für die Datenschutz-Grundverordnung?	
Ab in die Cloud Von überall auf die Praxisverwaltung zugreifen	30
Große Potenziale auf dem Gesundheits- und Fitnessmarkt	32
Betriebliches Gesundheitsmanagement Top-Trend 2018	
Sehen wir uns auf der FIBO? Übersicht des Vortragsprogramms	34
Meetingpoint Physio bietet Vorträge und Raum für Networking	
Auch Privatleute müssen Unterlagen aufbewahren	36
Fristen zwischen zwei Jahren und lebenslang	
Neue Beitragsberechnung für Selbständige Seit Beginn 2018 werden Versicherungsbeiträge vorläufig ermittelt	37
Praxisführung Wie hältst du es mit chronisch schlechtgelaunten Mitarbeitern?	38
Sommerfest, Betriebsausflug, Jubiläum Wann gilt der gesetzliche Unfallversicherungsschutz?	42
Aufhebungsvertrag So gelingt die gütliche Trennung	43
Genehmigungsverfahren	44
Preisradar	45
Inspiration Patienten wieder gehen lassen	46
Ergotherapie-Praxis arbeitet beim Prothesen- und Gehtraining mit Sanitätshaus zusammen	
Impressum	50
Kurz vor Schluss	
KZV Bayerns fordert Richtigstellung!	



10

Aufbruchstimmung: Erstes TherapieForum der Initiative Therapeutenkammer in Kiel



34

Sehen wir uns auf der FIBO? Meetingpoint Physio bietet Vorträge und Raum für Networking. Auf Seite 34 finden Sie unser komplettes Vortragsprogramm



QuickCheck



28

QuickCheck – Ein Thema auf einer Seite: Bereit für die Datenschutz-Grundverordnung?

36

Umfrage: Wie hältst du es mit chronisch schlechtgelaunten Mitarbeitern?



46

Beinprothesen: Mit Sanitätshäusern hilft ein Ergotherapeut seinen Patienten auf die Beine



Finanzergebnisse der GKV 2017: Heilmittelausgaben wachsen „überproportional“

Das Bundesgesundheitsministerium (BGM) hat die vorläufigen Finanzergebnisse für das Vorjahr veröffentlicht. Laut BMG habe es bei den Heilmittelausgaben mit 4,5 Prozent „überproportionale Zuwächse“ gegeben. Insgesamt betragen die Ausgaben für Heilmittel 7,12 Milliarden Euro, 324 Millionen Euro mehr als im Jahr 2016. Mit drei Prozent stellen die Heilmittel jedoch immer noch einen vergleichsweise kleinen Posten dar. Insgesamt verbuchten die Krankenkassen 2017 mehr Einnahmen (233,72 Milliarden Euro) als Ausgaben (230,56 Milliarden Euro). Die GKV verzeichnete damit einen Überschuss, der mit rund

3,15 Milliarden Euro fast doppelt so hoch ausfällt wie im Vorjahr (2016: 1,62 Milliarden Euro). Damit stiegen die Finanzreserven der Kassen auf 19,2 Milliarden Euro, heißt es in einer BGM-Pressemitteilung. Zusammen mit den neun Milliarden Euro im Gesundheitsfonds ergebe sich eine Gesamtreserve im Gesundheitssystem von rund 28 Milliarden Euro.

mehr: Die ausführliche Pressemitteilung finden Sie auf www.bundesgesundheitsministerium.de -> Presse -> Pressemitteilungen -> 2018 -> 1. Quartal

Gutachten ZVK-Bayern erstmals mit bundesweiten Daten

Der wirtschaftliche Druck auf Physiotherapiepraxen ist nach wie vor hoch. Das geht aus der aktuellen Auflage der betriebswirtschaftlichen Analyse von Physiotherapiepraxen (PhysioPrax) des ZVK-Landesverbands Bayern hervor. So erwirtschafteten 2015 knapp 30 Prozent der teilnehmenden Praxen einen Jahresumsatz zwischen 70.000 und 170.000 Euro und damit einen durchschnittlichen jährlichen Reinertrag von rund 46.000 Euro je Praxisinhaber. So verbleibe dem Praxisinhaber ein monatlich verfügbares Einkommen von durchschnittlich 1.420 Euro. Etwa sechs Prozent der Teilnehmer erwirtschafteten laut ZVK weniger als 70.000 Euro. Hier liegt der durchschnittliche Reinertrag bei etwa 22.000 Euro, das monatlich zur Verfügung stehende Einkommen bei 894 Euro. Seit 2011 führt der ZVK-Landesverband Bayern in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) eine Analyse der betriebswirtschaftlichen Situation von Physiotherapie-Praxen durch. Die aktuelle Auswertung ist die vierte ihrer Art. Sie umfasst erstmals bundesweite Daten aus 477 teilnehmenden Praxen (davon 125 aus Bayern) und bezieht sich auf die wirtschaftliche Situation des Jahres 2015.



vdek: Zweijährige Versuchsphase mit voller Hausbesuchspauschale

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) hat sich mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) auf Preiserhöhungen geeinigt. Statt einer bundeseinheitlichen Preisliste gelten künftig für jedes Bundesland gesonderte Vereinbarungen. Eines haben jedoch alle Listen gemeinsam: Während einer zweijährigen Versuchsphase, in der Daten gesammelt werden sollen, können Ergotherapeuten die „volle“ Hausbesuchspauschale (neue Pos.-Nr. 59935) abrechnen. Die Voraussetzung dafür ist, dass sie im Rahmen ihres

Hausbesuchs in einer Einrichtung nur einen Patienten behandeln. Die neuen Preislisten gelten in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen ab dem 01.02.2018, in den anderen West-Ländern und in Sachsen-Anhalt ab dem 01.03.2018 und in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen, Berlin und Brandenburg ab dem 01.04.2018. Maßgeblich für die Abrechnung der neuen Preise ist der Tag der ärztlichen Verordnung.

Therapeuten demonstrieren am 26. Mai in Köln



Der Bund vereinter Therapeuten (BvT) will jetzt auch in Köln für bessere Berufsbedingungen auf die Straße gehen und ruft für Samstag, den 26. Mai 2018 zur Demonstration auf. Dabei fordern die Therapeuten „das Recht auf eine angemessene Vergütung unserer Leistungen, das Ende des Bürokratiewahnsinns, eine Ausbildungsreform, die bundesweite Abschaffung des Schulgelds, eine bundesweite Ausbildungsvergütung, das Recht auf Sitz und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss, die Abschaffung der Richtgrößen, Budgetierung und Regresse und eine sichere Zukunft für Heilmittel-erbringer und Patienten.

Treffpunkt ist um 14 Uhr am Deutzer Bahnhof (Ottoplatz), von dort geht es in geschlossenem Demonstrationzug zum Kölner Dom (Roncalliplatz).

mehr: <http://bund-vereinter-therapeuten.de> -> News

Österreich will Primärversorgungszentren auf dem Land schaffen

Wie in Deutschland gibt es auch in Österreich einen Ärztemangel auf dem Land. Um die Versorgung in ländlichen Regionen zu sichern, hat der Nationalrat ein neues Primärversorgungsgesetz (PrimVG) beschlossen. Es sieht eine weitreichendere Vernetzung der Gesundheitsfachberufe vor. Zu einem Primärversorgungsteam sollen neben Ärzten auch andere Heilberufe gehören, wie Hebammen, Diätologen, Psychologen, mobile Dienste, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Pfleger. Auch Apotheken sowie Fach- und Zahnärzte können Partner sein. Bis 2021 sollen österreichweit 77 solcher interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten entstehen.

Aushangpflichtige Gesetze in Therapiepraxen

Jeder Praxisinhaber ist in seiner Rolle als Unternehmer und Arbeitgeber verpflichtet, bestimmte Gesetze und Vorschriften so am Arbeitsplatz auszuhängen, dass alle Mitarbeiter die aktuellen Fassungen jederzeit mühelos einsehen können. Zu den aushangspflichtigen Gesetzen gehören unter anderem:

- ▶ Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
- ▶ Arbeitsgerichtsgesetz
- ▶ Arbeitszeitgesetz (ArbZG)
- ▶ Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)
- ▶ Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)
- ▶ Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV)
- ▶ Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)
- ▶ Bundesurlaubsgesetz (BurlG)

- ▶ Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG), wenn regelmäßig ein Mitarbeiter unter 18 Jahren beschäftigt wird
- ▶ Kündigungsschutzgesetz (KSchG)
- ▶ Mutterschutzgesetz (MuSchG), wenn regelmäßig mehr als drei Frauen beschäftigt sind
- ▶ Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV)
- ▶ Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) für Arbeitgeber mit befristet Beschäftigten
- ▶ Unfallverhütungsvorschriften (DGUV Vorschrift 1)

mehr: Eine neue Auflage der Textsammlung wichtiger Vorschriften ist ab April 2018 im Buchner-Shop (www.buchner-shop.de) erhältlich



Therapeuten sind wenig organisiert | He

293.979 aktive Therapeuten i

Zwei Drittel aller Therapeuten sind nicht in Berufsverbänden organisiert

66 %

Physiotherapeuten

21 %

Physio-Deutschland (ZVK) 48 %

VPT 36 %

IFK 10 %

VDB 6 %

34 % in Verbänden organisierte Therapeuten. Davon:

Information zur Statistik Der Verband Physio-Deutschland (ZVK) vertritt 48% aller in Verbänden organisierten Physiotherapeuten. Damit vertritt Physio-Deutschland rund 10% aller in Verbänden organisierter Therapeuten.

Heilmittelbranche in Zahlen

in Deutschland 100 %

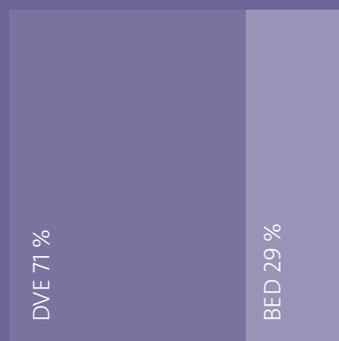
Wer vertritt die Interessen der Therapeuten?

In Deutschland gibt es aktuell mindestens 300.000 aktiv arbeitende Physio-, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, sowie Podologen. Das legen die Zahlen der Arbeitsagentur, der Berufgenossenschaften und der Krankenkassen nahe. Demnach gibt es rund 220.000 sozialversicherte angestellte Therapeuten, sowie rund 80.000 Praxisinhaber.

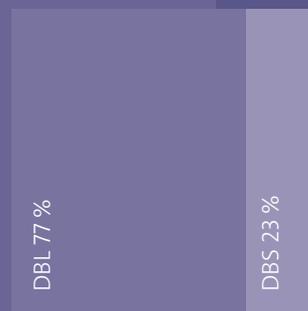
Stellt man diesen Zahlen die von den Verbänden veröffentlichten Mitgliederzahlen gegenüber, sind weniger als ein Drittel alle Therapeuten in Verbänden organisiert. Vermutlich ist der tatsächliche Organisationsgrad aller Therapeuten noch niedriger, da es vermutlich noch mehr als 30.000 nicht aktiv arbeitende Therapeuten gibt, die in den vorliegenden Zahlen nicht erfasst sind. Daneben gibt es Therapeuten, die in mehreren Verbänden gleichzeitig Mitglied sind, solche Doppelmitgliedschaften sind hier ebenfalls nicht berücksichtigt.

Verbände, die hier nicht genannt werden, haben keine aktuellen Mitgliederzahlen veröffentlicht und haben weniger als 1.000 Mitglieder.

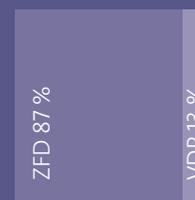
Ergotherapeuten 6 %



Logopäden 5 %



Podologen 2 %





Wir brauchen Euch! Initiative Therapeutenkammer auf erstem TherapieForum in Kiel

Die Aufbruchstimmung unter den Therapeuten im Norden hält an. Das zeigte jetzt das erste TherapieForum der Initiative Therapeutenkammer in Kiel: Rund 80 Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und auch einige Ärzte waren der Einladung der Interessengemeinschaft Therapeuten Schleswig-Holstein (IGThera-SH) mit Referenten aus Landespolitik, Pflegekammer und Hochschule gefolgt. Sie alle einte der Wunsch, eine bessere Zukunft für Therapeuten in Deutschland zu schaffen.





„Wir brauchen Euch!“, so der Appell der IGThera-SH-Vorsitzenden Swanhild Priestley am Ende der siebenstündigen Veranstaltung. Die Physiotherapeutin aus Fockbek bat die Anwesenden um die Unterzeichnung der „Zweiten Kieler Erklärung“. Darin fordern die Therapeuten „eine Selbstverwaltung, die sie mit den verbindlichen Rechten und Pflichten ausstattet, um Einfluss auf die zeitgemäße Versorgung der Patienten in Deutschland nehmen zu können!“ Diese Aufgabe könne nicht länger ausschließlich in den Händen der Krankenkassen und der Ärzte liegen, „denen das Fachwissen über die Fähigkeiten und Arbeitsweise der Ergotherapeuten, Logopäden, Masseur, Physiotherapeuten und Podologen fehlt!“

Studie „Ich bin dann mal weg“

Die Rahmenbedingungen für Therapieberufe werden zunehmend schwieriger. Eine Folge sei die wachsende Zahl der Berufsaussteiger, wie es Daniela Hoffmann-Kruse von der AG Bundestherapeutenkammer erläuterte. Laut Studie „Ich bin dann mal weg“ der Hochschule Fresenius denken etwa zwei Drittel der befragten 984 Therapeuten aktuell über einen Wechsel nach. Derzeit gebe es bei den Physiotherapeuten einen Engpass von 8,7 Prozent, 2030 werde er bei 24,6 Prozent liegen.

„Es ist eine langsame Kapitulation der anfangs noch hochmotivierten Berufseinsteiger.“

Die Strukturen müssen sich, so Hoffmann-Kruse, verändern, und „das können wir nur mit Hilfe der Politik“. Die Forderung nach einer Therapeutenkammer sei sicherlich eine mögliche Initiative.

Heilmittelerbringer viertgrößter Arbeitgeber

Die wirtschaftliche Rolle der Heilmittelerbringer erklärte Ralf

Buchner, Geschäftsführer von Buchner & Partner, anhand des Heilmittel-Wirtschaftsberichtes 2017. Als viertgrößter Arbeitgeber im Gesundheitswesen bildeten therapeutische Praxen mit ihren Inhabern und Mitarbeitern eine tragende Säule. Dennoch werden die Honorare der Therapeuten von der guten gesamtwirtschaftlichen Situation in Deutschland abgekoppelt, wie die Schere zwischen ihren Honoraren und den GKV-Einnahmen seit 2009 zeige. Um hier etwas ändern zu können, sollten sich die Therapeuten Gehör verschaffen, unter anderem mit der Schaffung einer Therapeutenkammer.

Unterschiedliche Positionen der Landespolitiker

Eine Kammer allein, so die sozialpolitische Sprecherin der FDP-Landtagsfraktion Anita Klahn, löse die Probleme nicht. Vielleicht sollten sich die Therapeuten fragen, ob sie sich nicht statt der Forderung nach Schaffung einer zweiten Kammer in die Pflegekammer integrieren könnten. Die FDP stehe aber zu Gesprächen bereit.

Auf große Zustimmung stößt dagegen die Forderung nach einer eigenen Kammer bei der schleswig-holsteinischen Landtagsabgeordneten Birte Pauls (SPD), die maßgeblich die Errichtung einer Pflegekammer im Land gefördert hat. Die SPD werde sich auch in der Opposition weiter für die Stärkung der Gesundheitsfachberufe einsetzen, unter anderem für die kostenfreie Therapieausbildung. Sie bedauerte, dass der SPD-Antrag in der Sozialausschuss-Sitzung kürzlich von der Tagesordnung genommen wurde.

„Ich hoffe, dass die Schulgeldfreiheit in Schleswig-Holstein noch klappt, bevor die ersten Schulen schließen müssen.“

Therapeutenkammer ein Modell, wenn auch ein wenig verstaubt

Ein wenig kritischer sah Dr. Heidi Höppner, Professorin im Studiengang Physiotherapie/Ergotherapie an der Alice Solomon Hochschule Berlin, das Thema Kammer. Sie sei ein Modell, wenn auch ein wenig verstaubt. „Wir brauchen sicherlich mehr Selbstbestimmung und Partizipation in der Gesundheitspolitik“, so Höppner, „aber es ist die Frage, ob wir ein System kopieren wollen, das die Medizin ein Jahrhundert zuvor eingeführt hat.“

Die Forderung nach mehr Einfluss sei berechtigt. Die Politik habe schließlich die Aufgabe, die diversen gesellschaftlichen Interessen zu bündeln. Eine politische Entscheidung sei daher dringend erforderlich, erstens aus den von Buchner bereits genannten Fakten zum Arbeitsmarkt und zweitens „wegen unserer Patienten, die ein Recht auf eine qualifizierte Versorgung haben“. Diese sei schon heute gefährdet, besonders im Falle eines Schlaganfalls sei die Not sehr groß. Es sei paradox, dass trotz einer wachsenden Nachfrage auf dem Wachstumsmarkt Rehabilitation das Angebot an Fachkräften zurückgehe.

Therapeuten müssten souveräner als Partner im Gesundheitswesen auftreten. Sie empfahl, den Begriff „nichtärztliche Gesundheitsberufe“ aus dem Wortschatz zu streichen. „Wollen Sie“, so Höppner provokant, „vielleicht mit verehrte Frauen und Nicht-Frauen angesprochen werden? Die sprachliche Verpackung ist sehr wichtig!“

Ja zur Akademisierung

Die Professorin forderte ein sofortiges Ende der Modellstudiengänge und die Einführung der Primärqualifikation. Schon 2012 gab es Forderungen, dass bis zu 20 Prozent der Therapeuten eine akademische Ausbildung haben sollten. Aktuell liege die Quote laut Physio Deutschland bei Physiotherapeuten bei 2,7 Prozent. „Das A und O ist ein Ja zur Akademisierung.“

Unterstützer finden sich auch unter Patienten, Pflegern und Ärzten

Unterstützung für ihre Forderungen finden die Therapeuten bei Vertretern von Patientenorganisationen, der Pflegekammer und auch einigen Ärzten. In der Schlaganfall-Nachsorge sei



die Versorgung schon jetzt gefährdet, sagte Stefanie Otte vom Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein.

„Ihre Probleme sind auch die Probleme des Patienten.“

So seien Hausbesuche für Schlaganfall-Patienten elementar, ihre Vergütung für Praxen aber unwirtschaftlich.

Nur mit einer Kammer, so Frank Vilsmeier, Mitglied im Errichtungsausschuss der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, könne man auch politisch Einfluss nehmen.

„Die größte Veränderung wird sein, dass diejenigen, die was von ihrem Beruf verstehen, auch gehört werden.“

Auch bei dem Orthopäden i. R. Axel Engel aus dem Publikum stößt die Forderung nach einer Kammer auf offene Ohren. Er wünsche sich, dass sich möglichst viele Therapeuten zusammenschließen mögen. „Vielleicht wäre es auch sinnvoll, den Pflegeberuf als Therapeut anzuerkennen und sich der Pflegekammer anzuschließen.“

Appell zur Gründung von Fördervereinen

Trotz der spürbaren Aufbruchstimmung gebe es noch viel zu tun, erklärte Seyed Mortazavi von der AG Bundestherapeutenkammer. Dazu zähle auch die weitere Gründung von Fördervereinen. Mit Hilfe eines solchen Vereins sei es leichter, in seinem jeweiligen Bundesland an die Landespolitik heranzutreten und um die Errichtung einer Kammer zu bitten. In Niedersachsen gibt es bereits seit April 2017 einen solchen Verein, in anderen Bundesländern seien sie in der Gründungsphase.

Auch Kontakt zu den Verbänden suchen

„Nur gemeinsam können wir unsere berufliche Zukunft erreichen“, meinte die IGThera-SH-Vorsitzende Swanhild Priestley. Dazu mögen sich die Therapeuten unter www.therapeutenkammer.de in das kostenlose Therapeutenregister eintragen lassen, damit die Therapeuten als eine starke Gruppe wahrgenommen werden. Für den besseren Informationsaustausch habe die IGThera-SH das Konzept der Therapie Talks ins Leben gerufen, regionale Gesprächsrunden, die einen regelmäßigen Informationsaustausch bieten und zum Aufbau eines Netzwerkes dienen sollen. Sie sprach sich dafür aus, auch den Kontakt zu den Verbänden zu suchen. „Wenn sich die 30.000 ZVK-Mitglieder in unser Register eintragen, wäre das schon ein starkes Signal an die Politik und würde unsere Stellung stärken.“

Ein kleiner Schritt in diese Richtung wurde auf dem ersten TherapieForum in Kiel mit der „Zweiten Kieler Erklärung“ auch schon getan: Die Forderung nach einer Selbstverwaltung der Therapeuten werde an alle Teilnehmer versandt und von „einer hoffentlich großen Mehrheit unterzeichnet“, so Priestleys Wunsch. ■ [ks]



Meine ganze
Aufmerksamkeit
für die Patienten

Liebe Logopäden,
Ihr habt recht - mit einem Stern
kann man nicht den Buchstaben
S lernen. Da seid ihr ganz klar die
Profis! Wir kümmern uns um
Eure Praxisorganisation und gern
auch um das Telefon. Da sind wir
Profis. Vielen Dank für den
Hinweis.

Euer buchner-Team



50 €
Startbonus

Therafon

unser Telefonservice für Ihre Praxis

Während Sie Ihre Patienten behandeln, nehmen wir Ihre Anrufe entgegen: persönlich, individuell, professionell.

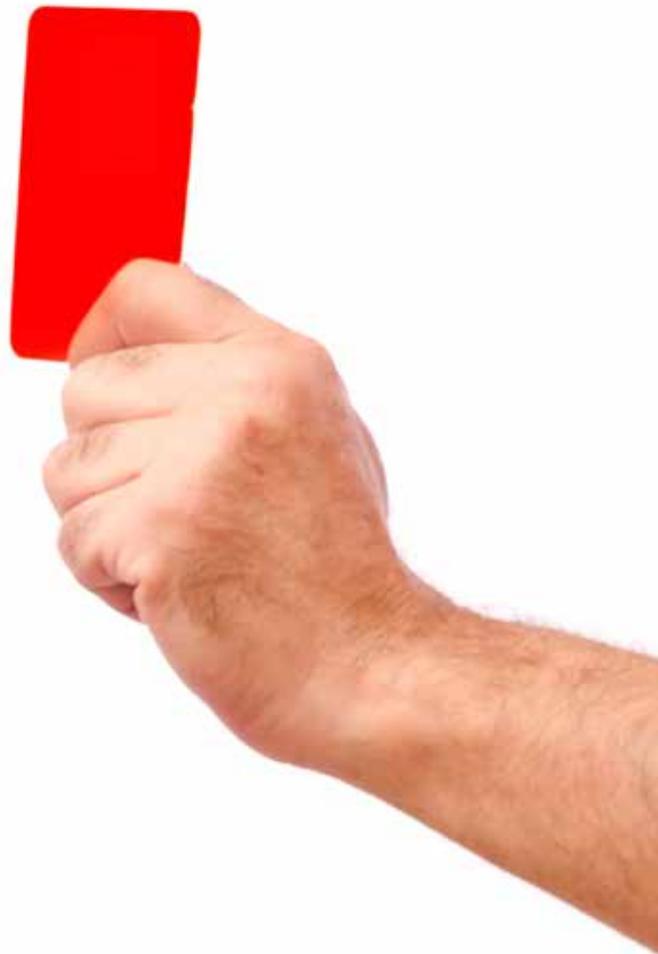
Alle Informationen finden Sie unter www.therafon.com.
Oder rufen Sie uns einfach unter 0431 72 000 465 an und sichern Sie sich 50 € Startbonus

buchner

Buchner & Partner GmbH · Zum Kesselort 53 · 24149 Kiel · www.buchner.de

Machtmissbrauch! Jeden Tag! Ungestraft!

Wie die Krankenkassen
regelmäßig und
unbehelligt Gesetze
und Verträge ignorieren



Verstoßen Leistungserbringer gegen Gesetze oder Verträge, berichten die gesetzlichen Krankenversicherungen jedes Jahr ganz ausführlich darüber. Doch von den regelmäßigen Rechtsbrüchen und Vertragsverstößen der GKV gegenüber den Heilmittelerbringern dringt nichts an die Öffentlichkeit – dabei gehört dieses Verhalten in vielen Therapiepraxen zum Abrechnungsalldag.



Machtmissbrauch! Jeden Tag! Ungestraft!

Wie die Krankenkassen regelmäßig und unbehelligt Gesetze und Verträge ignorieren



Ein Telefonanruf bei der AOK Rheinland/Hamburg. Es geht um eine fälschlicherweise einbehaltende Zuzahlung. Die Praxis von Birgit Müller hat alles richtiggemacht. Zuzahlung vom Patienten eingefordert, schriftlich gemahnt und dann der Kasse den fehlenden Zahlungseingang in Rechnung gestellt. Doch nun behauptet der Sozialfachangestellte der AOK, das wäre ihm egal, denn schließlich müssten Formulare für eine solche Mahnung das Format DIN A4 haben. Und deswegen würde die AOK die ausstehende Zuzahlung auch nicht begleichen! Birgit Müller legt kopfschüttelnd den Telefonhörer auf und fragt sich, ob Krankenkassen wirklich einfach so willkürlich über die Regeln der Vergütung bestimmen dürfen?

Krankenkassen stehen nicht über den Heilmittelerbringern

Das Bundessozialgericht (BSG) hat schon 1995 festgestellt, dass es keine „gesetzliche Ermächtigung der Krankenkassen zum Erlass von Verwaltungsakten über den Vergütungsanspruch freiberuflich tätiger Heilmittelerbringer“ gibt. Ebenso wenig, so das BSG, gäbe es ein Über-/Unterordnungsverhältnis: „Vielmehr sieht das Gesetz eine vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vor.“

Die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene und Rahmenverträge auf Landesebene sind solche vertraglichen Regeln. Doch

manche Krankenkassen halten sich einfach nicht daran. Selbst wenn man sich die Existenz einzelner Regeln von der Pressestelle der Krankenkassen schriftlich bestätigen lässt, ändert es nichts an ihrer Kürzungsmentalität. Auch klare gesetzliche Vorschriften – durch Urteile des BSG bestätigt – ändern nichts daran, dass Krankenkassen bzw. deren Mitarbeiter sich oft nicht wie Vertragspartner verhalten. Welche Formen das Fehlverhalten der Kassen im Einzelnen annimmt, zeigen wir ab Seite 17 anhand von Beispielen aus der Praxis. Hier werden viele Heilmittelerbringer sicher auch ihre eigenen leidvollen Erfahrungen wiederfinden.

Aufsichtsbehörden nehmen Beschwerden entgegen

Praxisinhaber müssen diese Verstöße aber nicht einfach hinnehmen. Selbst die Krankenkassen können nicht tun und lassen, was sie wollen. Für bundesweit agierende Kassen ist das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde zuständig. Bei Krankenkassen, die nur in einem bis drei Bundesländern tätig sind, sind es die jeweiligen Sozial- oder Gesundheitsministerien der Länder. Diese Stellen nehmen Beschwerden über das Verhalten der Kassen entgegen und prüfen diese. Wie sich Heilmittelerbringer so gehen die Verstöße der Krankenkassen wehren können, erklären wir ab Seite 26.

Best of ... Fehlverhalten der Krankenkassen

Von Zahlungsverweigerung über Aufforderung zu Gesetzesverstößen bis zur Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit

Systematische Rechtsbrüche und Vertragsverstöße durch die gesetzlichen Krankenversicherungen gehören in vielen Praxen zum alltäglichen Geschäft. Wir haben hier einige typische Beispiele zusammengestellt. Darin zeigen wir, mit welchem Problem die Praxen konfrontiert sind, welche gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen für den jeweiligen Fall bestehen und wie die Krankenkassen diese ignorieren.



Missachtung der Zuzahlungsregelungen nach § 43 c SGB V

Ausgangssituation: Manche Patienten wollen oder können die gesetzliche Zuzahlung nicht leisten. Zudem ist es für Heilmittelbringer ziemlich aufwendig und mit der Zeit auch unangenehm, Patienten immer wieder daran zu erinnern.

Rechtlicher Hintergrund: „Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen,“ steht in § 43 c SGB V. Und in der Gesetzesbegründung wird noch mal erläutert, dass „die Einziehungspflicht auf die Krankenkasse übergeht, wenn der Versicherte trotz einer Zahlungsaufforderung nachweislich nicht gezahlt hat. Diese Aufforderung muss schriftlich erfolgen...“ Damit ist alles klar: Einmal die Zuzahlung mündlich anfordern, beim nächsten Termin schriftlich daran erinnern, beides für die Kasse dokumentieren und den Zuzahlungsbetrag der Krankenkasse in Rechnung stellen. Fertig!

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen denken sich immer wieder neue Gründe aus, warum sie den Zuzahlungsbetrag nicht überweisen. Die schriftliche Aufforderung müsse ein gewisses Format haben, bestimmte Formulare würde man nicht akzeptieren, der Patient müsse quittieren, die Zahlungsaufforderungen erhalten zu haben. Oder die schriftliche Aufforderung müsse per Einschreiben verschickt werden. Doch von solchen Auflagen steht nichts im Gesetz – und das wissen die Krankenkassen auch ganz genau.

Fazit: Krankenkassen ignorieren hier vorsätzlich und systematisch die Intention des Gesetzgebers zur Zuzahlungsregelung!

Zahlungsverweigerung ohne Rechtsgrundlage: Absetzung wegen fehlender ICD-10-Codes

Ausgangssituation: Mit der Einführung von Indikationslisten für Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf wurden erst ein, dann zwei neue ICD-10-Code-Felder auf die Heilmittelverordnungen gedruckt. In einigen Fällen vergessen Ärzte solche Codes einzutragen. Das bedeutet dann Mehraufwand für Heilmittelerbringer – besonders, wenn sich Ärzte weigern, diese Codes zu ergänzen.

Rechtlicher Hintergrund: In den Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist festgelegt, dass Ärzte auf Heilmittelverordnungen den behandlungsrelevanten ICD-10-Code eintragen sollen, dass darauf aber in Ausnahmefällen auch verzichtet werden kann. Es gibt also keine zwingende Pflicht für Ärzte, die Diagnose als Code auf der VO festzuhalten. Das wird so auch zum Beispiel in den Rahmempfehlungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten dokumentiert: Dort heißt es, dass der ICD-10-Code nur eine „optionale Angabe“ sei. In der Heilmittel-Richtlinie werden die zu prüfenden Angaben einer gültigen Verordnung in § 13 – Verordnungsvordruck konkretisiert. Auch hier findet sich kein Hinweis auf ICD-10-Codes. Damit steht fest: Aktuell gibt es keine rechtlich verbindliche Pflicht, einen ICD-10-Code auf einer Heilmittelverordnung einzutragen.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen fordern Heilmittelerbringer auf, ICD-10-Code-Felder auf der Verordnung als „Pflichtangaben“ zu betrachten und fehlende Angaben entsprechend zu korrigieren. Fehlen Codes auf den Verordnungen bezahlen einige Krankenkassen das Honorar für diese Verordnungen nicht. Für diese Kürzungen gibt es jedoch keine Rechtsgrundlagen.

Fazit: Krankenkassen kürzen in diesem Fall Rechnungen ohne jede Rechtsgrundlage!



Unrechtmäßiger Eingriff in den Behandlungsvertrag zwischen Patienten und Heilmittelerbringer (vdek-Rahmenvertrag)

Ausgangssituation: Bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung kommt es bei einer Heilmittelverordnung zu Lasten der GKV zu einem Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und der Heilmittelpraxis (§ 630 a SGB V). Die Heilmittelverordnung ist dann praktisch die „Bezahlung“ des Patienten für die Heilmitteltherapie – so eine Art Gutschein für die Kostenübernahme durch die GKV. Gibt es formale Fehler auf diesem „Gutschein“, muss geregelt werden, wie in einem solchen Fall verfahren wird, damit der Patient dennoch die Behandlung und der Therapeut sein Honorar erhält.

Rechtlicher Hintergrund: Patienten sollen zeitnah nach Ausstellung der VO mit der Therapie beginnen. Das ist medizinisch sinnvoll und deswegen von den Krankenkassen auch so gewollt. Deswegen gibt es Anlagen zu vielen Rahmenverträgen, die festlegen, wie Kassen und Therapeuten mit formalen Fehlern umgehen können. Schließlich muss verbindlich geregelt werden, wer welche Änderungen auf der Verordnung, bis zu welchem Zeitpunkt vornehmen kann – und zwar, ohne dadurch das Honorar zu gefährden. Damit das funktioniert, müssen diese sogenannten „Checklisten zu den erforderlichen Angaben auf der Verordnung“ gleichermaßen für Kassen und Therapeuten verständlich und umsetzbar sein. Sie dürfen zudem weder im Widerspruch zu Gesetzen noch zu den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie stehen.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Gemäß der entsprechenden Checkliste zum Rahmenvertrag des vdek gilt für das Vorgehen bei bestimmten Fehlern/Lücken, dass „die Behandlung auch ohne vorherige Ergänzung aufgenommen werden [kann]. In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam...“ Das ist eine überraschende Regelung, denn der Behandlungsvertrag kommt ja zwischen Patient und Heilmittelpraxis zustande. Nach deutschem Recht kann es keinen Vertrag zu Lasten Dritter geben. Da die Checkliste dies jedoch beschreibt, ist sie natürlich ungültig. Was der vdek vermutlich meint, ist, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkasse hier schwebend unwirksam wird. In dem Fall wäre es jedoch sinnvoll, das genauso zu schreiben, anstatt Nichtjuristen (Therapeuten) mit irritierenden Hinweisen auf falsche rechtliche Fährten zu locken.

Fazit: Die Ersatzkassen können trotz anderslautender Formulierung im Rahmenvertrag natürlich nicht darüber bestimmen, ob ein zwischen Patient und Heilmittelpraxis abgeschlossener Behandlungsvertrag wirksam ist oder nicht.

Nichtanwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen zum Zahlungsverzug gemäß §§ 286, 288 BGB

Ausgangssituation: Wenn Krankenkassen das Honorar nicht oder nicht termingerecht bezahlen, entsteht für Heilmittelerbringer ein Schaden. Zum einen, weil das Geld nicht rechtzeitig auf dem Konto ist, zum anderen, weil Aufwand damit verbunden ist, die Kasse zu mahnen. Hinzu kommt, dass Kassen sich oft so verhalten, als wäre es ein Kavaliersdelikt, Rechnungen zu spät zu bezahlen oder Verzugszinsen zu ignorieren. Manche bezweifeln sogar grundsätzlich, dass Heilmittelpraxen eine Krankenkasse überhaupt mahnen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund: Die mit den Krankenkassen vereinbarten Zahlungsziele sind in den Rahmenverträgen verbindlich festgelegt und liegen in der Regel zwischen 14 und 28 Kalendertagen. Halten die Kassen diese Fristen nicht ein, kommen sie in Verzug, auch ohne gesonderte Mahnung.

Das Bundessozialgericht hat schon 2006 in einem Urteil festgestellt, dass im Falle des Verzugs der Krankenkasse der öffentlich-rechtliche Vergütungsanspruch in entsprechender Anwendung der zivilrechtlichen Bestimmungen zu behandeln ist. Das bedeutet: Bei einem Verzug der Krankenkasse greifen § 286 und § 288 BGB. Diese Paragraphen legen erstens Verzugszinsen in Höhe von 9 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz fest und sehen zweitens eine Bearbeitungspauschale in Höhe von Euro 40 vor. „Es gibt keinen Grund, die Krankenkassen von der Zahlung von Verzugszinsen deshalb auszunehmen, weil es sich um Sozialleistungsträger handelt“, bestätigt das BSG.

Die Bearbeitungspauschale in Höhe von 40 Euro ist „als Entschädigung für die Beitreibungskosten des Gläubigers zu zahlen.“ Das BGB verbietet zudem hinsichtlich der Verzugszinsen und der Bearbeitungspauschale ausdrücklich, dass Vertragspartner sich darauf einigen dürfen, solche Verzugsgebühren nicht zu berechnen. Man kann diese Regeln also nicht außer Kraft setzen. In den Rahmenempfehlungen und -verträgen wird die Bearbeitungspauschale aber einzig bei den Ergotherapeuten auf Bundesebenen als Rechtsfolge benannt.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen zahlen immer mal wieder einige Tage zu spät. Außerdem kürzen manche Kassen Rechnungen und setzen einzelne Verordnungen ab, obwohl es dafür keine rechtliche Grundlage gibt. Mahnt man Krankenkassen an und berechnet Verzugszinsen und Bearbeitungspauschale, dann zahlen die betroffenen Krankenkassen ganz unterschiedlich. Mal wird die Absetzung bezahlt, aber nicht die Verzugszinsen und die Pauschale. Mal werden Absetzung und Verzugszinsen gezahlt, aber nicht die Pauschale. Und manchmal wird selbst die Absetzung ignoriert und die Kasse wartet, ob der Heilmittelerbringer bereit ist, vor dem Sozialgericht zu klagen.

Fazit: Einige Krankenkassen missbrauchen ihre starke Rechtsposition, um systematisch und vorsätzlich geltendes Recht zum Thema Verzug zu ignorieren.



Aufforderung zum Verstoß gegen aktuelle Datenschutzverordnungen (vdek-Rahmenvertrag)

Ausgangssituation: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung können systematisch „Ärztchopping“ betreiben, sprich sich bei mehreren Ärzten gleichzeitig behandeln lassen und entsprechend mehrere Heilmittelverordnungen erhalten. Das klappt ganz gut, weil es immer noch keine technischen und/oder organisatorischen Möglichkeiten gibt (z. B. e-Rezept), solche Mehrfachverordnungen im Vorfeld aufzugreifen. Doch anstatt die technischen Möglichkeiten zügig zu entwickeln, versuchen Krankenkassen die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Der vdek schreibt in seiner Verordnungs-Checkliste für die Physiotherapeuten: „Ist dieser Patient bereits aufgrund der Verordnung des erstausstellenden Arztes bei demselben Heilmittelerbringer in Behandlung, hat der Heilmittelerbringer vor Aufnahme der Behandlung den die Verordnung ausstellenden zweiten Arzt darauf hinzuweisen und nach erfolgter Abstimmung mit diesem Arzt die Behandlung abzulehnen.“ In der Checkliste wird dann weiter beschrieben, dass der Therapeut die Verordnung trotzdem annehmen kann, wenn der Arzt auf der Durchführung der Verordnung besteht.

Rechtlicher Hintergrund: Die Rahmenempfehlungen (gem. § 125 SGB V) legen eine Behandlungspflicht des zugelassenen Heilmittelerbringers fest: „Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 9) berechtigt und verpflichtet.“ Außerdem findet sich in diesen Rahmenempfehlungen eine strikte Verpflichtung auf den Schutz der Patientendaten mit wenigen Ausnahmen: „Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.“ Die im Mai endgültig umzusetzende Datenschutz-Grundverordnung stellt noch einmal ganz deutlich heraus, dass Heilmittelerbringer zwingend und strafbewehrt zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet sind. Sie müssen sich also genau überlegen, wem sie personenbezogenen Daten in welchen Fällen übergeben dürfen!

Fehlverhalten der Krankenkassen: Die Checkliste des Rahmenvertrags der Ersatzkassen will Physiotherapeuten verpflichten, verordnende Ärzte über die vorangegangenen Verordnungen anderer Ärzte zu informieren. Das ist etwas, was definitiv so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen ist – mithin fehlt hier die Rechtsgrundlage. Faktisch ist diese Regelung aus der Checkliste zudem eine Aufforderung, gegen geltende Datenschutzregeln zu verstoßen. Das sehen auch Datenschützer so und haben entsprechende Stellungnahmen gegen diese Regelung abgegeben bzw. die Fragwürdigkeit dieser Regeln bestätigt.

In den später abgeschlossenen Rahmenverträgen mit den Logopäden und Ergotherapeuten gibt es eine entsprechende Regelung auch nicht mehr. Es scheint also, als sei dem vdek die Rechtswidrigkeit dieser Regelung mittlerweile bewusst. Trotzdem gilt der Vertrag nach wie vor und auch die Abrechnungsstellen der Krankenkassen veranlassen entsprechende Absetzungen.

Fazit: Der vdek-Rahmenvertrag mit den Physiotherapeuten enthält eine Klausel, die rechtswidrig ist, aber leider immer noch zu Absetzungen führt!



Verhinderung der Konkretisierung von gesetzlichen/vertraglichen Regelungen durch Verzicht auf Sozialgerichtsverfahren

Ausgangssituation: Heilmittelerbringer erleben Monat für Monat, wie Krankenkassen Verträge und Gesetze in ihrem Sinne interpretieren und auf dieser Grundlage Rechnungen kürzen. Daran ändern leider auch Verordnungs-Checklisten und entsprechende Vereinbarungen wenig. Entweder halten sich einzelne Krankenkassen nicht daran oder die Unterschiede von Fachgebiet zu Fachgebiet und von Bundesland zu Bundesland sorgen dafür, dass alle Beteiligten nicht wirklich wissen, was richtig und was falsch ist. Bedenkt man, wie zahlreich die Auseinandersetzungen über die Auslegung von Verträgen sind, dann ist es schon erstaunlich, wie wenig Gerichtsurteile es gibt, die die Differenzen rechtsverbindlich klären.

Rechtlicher Hintergrund: Differenzen bei der Auslegung von Rahmenverträgen nach § 124 SGB V zwischen Heilmittelpraxen und Krankenkassen werden vor den Sozialgerichten geklärt. Das ist für Heilmittelpraxen mit vergleichsweise geringem finanziellen Risiko behaftet. Eine Klage vor dem Sozialgericht ist aufgrund der vergleichsweise geringen Streitwerte und des einfachen rechtlichen Verfahrens erschwänglich. Die Heilmittelpraxis reicht eine Klageschrift beim zuständigen Sozialgericht ein und dann entscheidet das Gericht. Gibt eine Krankenkasse nach Einreichen der Klageschrift jedoch nach und zahlt sowohl die Honorarforderung als auch die Kosten des gegnerischen Anwaltes, dann ist der Fall abgeschlossen und das Gericht darf kein Urteil zur Sache sprechen.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen sind nicht wirklich daran interessiert, dass ein Sozialgericht die Absatzungspraktiken genauer unter die Lupe nimmt. Deswegen ignorieren sie einfach die Argumente der Heilmittelerbringer und warten ab, ob die Praxis wirklich bereit ist zu klagen. Wenn ja, liest man sich die Klageschrift durch und zahlt. Das ist betriebswirtschaftlich aus Sicht der Kasse eine sinnvolle Vorgehensweise. Denn von 20 Praxen, die Grund zu einer Klage vor dem Sozialgericht haben, klagt maximal eine. Den damit durchgesetzten Absatzungen von 19 Praxen stehen die Kosten des gegnerischen Rechtsanwaltes gegenüber. Die Krankenkassen wissen also, dass die Absatzungen vor Gericht nicht Bestand haben werden, kürzen aber trotzdem. Man könnte hier vielleicht sogar schon von Rechtsmissbrauch sprechen: Wer bei Ausnutzung einer Rechtslage gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstößt, handelt missbräuchlich und daher unzulässig.

Fazit: Krankenkassen verhindern systematisch die rechtliche Klärung von Auslegungsdifferenzen, um damit unrechtmäßig wirtschaftliche Vorteile zu erlangen.

Falschinformation der Ärzte über ihr Heilmittelverordnungsvolumen

Ausgangssituation: Ärzte dürfen die Bezahlbarkeit der von ihnen verordneten Therapie nicht ganz aus den Augen lassen. Sie sind bei Heilmittelverordnungen an die sogenannte medizinische Notwendigkeit gebunden. Diese interpretiert aber jede KV anders. Die Folge: In einem KV-Gebiet verordnen Ärzte doppelt so viele Heilmittel je 1.000 Versicherte wie in einem anderen. Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede im Verordnungsverhalten ist der von den Ärzten wahrgenommene Regressdruck durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Rechtlicher Hintergrund: Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird in § 12 SGB V konkretisiert und schwebt als allgemeine Regel über allen Leistungen der GKV. Demzufolge dürfen Leistungserbringer nicht mehr behandeln oder verordnen, als unbedingt notwendig ist. Es gibt jedoch Indikationen, bei denen Heilmittelverordnungen von der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ausgenommen sind: besondere Verordnungsbedarfe und der langfristige Heilmittelbedarf. Den Krankenkassen liegen die Verordnungsdaten der einzelnen Ärzte vor. Sie können und dürfen diese auswerten.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Einige Kassen nutzen die vorliegenden Verordnungsdaten der Ärzte, um ganz bewusst deren Regressangst zu schüren. Etwa so: Ein Mitarbeiter der Krankenkasse besucht die Arztpraxis. Dort legt er Statistiken vor, die scheinbar belegen, dass der Arzt zu viele Heilmittel verordnet. Was die Sachbearbeiter der Krankenkassen nicht deutlich machen, ist, wie viele der Verordnungen des Arztes überhaupt in sein Budget fallen. Eigentlich müssten sie alle Verordnungen des langfristigen Heilmittelbedarfs und die besonderen Verordnungsbedarfe aus dem Budget des Arztes herausrechnen oder wenigstens in den Verordnungsstatistiken kenntlich machen. Aber Fehlanzeige! Der Sachbearbeiter der Krankenkasse gaukelt dem Arzt so ein viel größeres Verordnungsvolumen vor, als er in Wirklichkeit verantworten muss.

Fazit: Die Krankenkassen verursachen durch falsche Statistiken ungerechtfertigten Druck auf Ärzte und gefährden damit die Heilmittelversorgung chronisch Kranker!

Unrechtmäßige Kürzungen bei Krankenkassenwechsel des Patienten

Ausgangssituation: Patienten haben das Recht, ihre Krankenkasse zu wechseln. Das kann dazu führen, dass ein Patient als Versicherter der Krankenkasse A vom Arzt eine Heilmittelverordnung erhält. Während der Behandlung ist er aber schon Mitglied der Kasse B – obwohl auf der Verordnung die Krankenkasse A noch als Kostenträger vermerkt ist.

Rechtlicher Hintergrund: Das Bundessozialgericht hat schon 2001 entschieden, dass die Leistungspflicht einer Krankenkasse vom Datum der Leistungserbringung abhängt und nicht vom Beginn des Behandlungsfalls. Für die Vergütung von Heilmitteln ist es also nicht entscheidend, wann eine Verordnung ausgestellt wurde, sondern wann die einzelnen Behandlungen stattfinden. Auf diese tagesaktuelle Zuordnung der Heilmittelkosten haben sich die Krankenkassen in einer Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel verpflichtet.

Diese Verlautbarung gilt aber nur für die Abrechnung der Kosten untereinander, nicht jedoch für die Abrechnung mit Heilmittelpraxen! Diese sind gemäß Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V „verpflichtet“ Patienten zu behandeln, wenn eine gültige Verordnung vorliegt. Zu überprüfen, ob der Versicherte tatsächlich bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist oder nicht, ist für Therapeuten nicht nur nicht möglich, sondern gehört auch nicht zu den vertraglich vereinbarten Pflichten. Dabei ist es nach Ansicht des BSG „die Aufgabe der Krankenkassen, in Verträgen zu regeln, in welcher Form sich der Versicherte als Bezugsberechtigter ausweist.“ Der Vertrauensschutz des Heilmittelerbringers, Leistungen an Versicherte zu erbringen und zu Lasten der Krankenkassen abrechnen zu können, wird durch die Annahme der Verordnung begründet.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Immer wieder bekommen Therapeuten Rechnungskürzungen mit dem Hinweis „Falsche Krankenkasse“ oder „Nicht hier versichert“ – obwohl die Krankenkasse eindeutig auf der abgerechneten Verordnung vermerkt ist. Damit fordert die Krankenkasse unrechtmäßig Abrechnungskorrekturen durch den Therapeuten ein, die sie eigentlich selbst vornehmen muss. Das klappt ganz gut, weil die Krankenkassen zu Recht davon ausgehen können, dass Therapeuten die Rechtslage nicht kennen und sich deshalb nicht wehren.

Fazit: Krankenkassen nutzen die Unkenntnis der Therapeuten aus, um Verwaltungsaufwand, der eindeutig von der Kasse zu leisten ist, auf die Heilmittelpraxen abzuwälzen.

Nicht gerechtfertigte Absetzungen von Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Ausgangssituation: Eine Heilmittelpraxis nimmt eine gültige Verordnung außerhalb des Regelfalls an und arbeitet diese ab. Der Patient wird innerhalb der Behandlungszeit zweimal krank, so dass die Abarbeitung der Verordnung 14 Wochen dauert. Die Kasse setzt die letzten beiden Behandlungen ab, mit dem Hinweis auf Überschreitung der 12-Wochen-Frist.

Rechtlicher Hintergrund: Paragraph 8 Abs. 1 HeilM-RL legt fest, dass die Verordnungsmenge bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls so zu bemessen ist, dass innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen mindestens eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist. Das bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Ausstellens der Verordnung, diese zwölf Wochen Frist grundsätzlich einzuhalten sein müsste. Wenn aber im Verlauf der Behandlung ein Patient krank wird oder es aus einem anderen Grund zu einer anderen Behandlungsunterbrechung kommt, die an der Gültigkeit der Verordnung nichts ändert, kann die Durchführung der Verordnung auch schon einmal 14 Wochen oder länger dauern. Das hat die Pressestelle der DAK-Gesundheit schon 2015 bestätigt und so ist es auch ausdrücklich in den Rahmenempfehlungen mit den Ergotherapeuten vereinbart worden.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen kürzen immer wieder Verordnungen, die länger als 12 Wochen behandelt wurden. Entweder weiß innerhalb der Prüfstellen nicht jeder Bescheid (das wäre schlimm), oder hier wird bewusst unrechtmäßig gekürzt, um Geld zu sparen (das wäre schlimmer).

Fazit: Krankenkassen nehmen absichtlich rechtswidrig oder aus Unwissenheit Kürzungen vor, zu denen sie nicht berechtigt sind!



Verweigerung von nachträglichen Änderungen ungültiger Verordnungen

Ausgangssituation: Eine Heilmittelpraxis rechnet eine Verordnung ab und übersieht dabei eine Formalie. Diese könnte die Praxis problemlos ändern, aber die Kasse verweigert ihre die Möglichkeit, den Formfehler nachträglich zu korrigieren. Die Praxis erhält nicht das ihr eigentlich zustehende Honorar.

Rechtlicher Hintergrund: In § 13 Abs. 1 der HeilM-RL ist ausdrücklich geregelt, dass eine Heilmittel-Verordnung geändert werden kann. Das wurde auch so in die Rahmenempfehlungen und Rahmenverträge übernommen. Die Krankenkassen haben dann in einigen Verträgen einen Passus aufgenommen, mit dem sie die Möglichkeit zur Änderung/Ergänzung einer Verordnung begrenzen möchten, nachdem sie bei der Kasse zur Abrechnung eingereicht wurde. Es stellt sich die Frage, ob es für eine solche Einschränkung eine Rechtsgrundlage gibt.

Das BGB, das bei solchen Fragen ausdrücklich Anwendung findet, sieht verschiedene Heilungsmöglichkeiten vor, um Formfehler zu beheben. Außerdem ergibt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auch aus dem allgemeinen Rechtsgrundsatz des § 242 BGB. Demnach ist es auch Krankenkassen verwehrt, in treuwidriger Weise berechnete Ansprüche gegenüber Leistungserbringern zu verweigern, wenn und soweit die Leistungen vollständig und korrekt erbracht wurden und eine ursprünglich fehlerhafte Verordnung nachträglich in zulässiger Weise korrigiert wurde.

Fehlverhalten der Krankenkassen: Krankenkassen behalten Verordnungen ein und teilen den betroffenen Heilmittelpraxen mit, dass die Verordnung aufgrund eines Formfehlers nicht bezahlt wird und auch nicht nachträglich geheilt werden kann – und das meistens in Fällen, in denen die eigentliche Leistung unzweifelhaft korrekt erbracht und vom Patienten richtig quittiert wurde.

Fazit: Krankenkassen stellen eigene Regeln auf, die sogar im Widerspruch zum BGB stehen, um Kürzungen in zum Teil erheblichem Umfang zu begründen.



Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit durch restriktive Zulassungsbedingungen

Ausgangssituation: Eine Logopädiepraxis will Lerntherapie in den Praxisräumen anbieten. Eine Physiotherapiepraxis stellt Geräte für Zirkeltraining auf. Ergotherapeuten wollen bestimmte Hilfsmittel in der Praxis anmessen und liefern. Die zuständigen Krankenkassen fordern dazu in jedem Fall eine räumliche Trennung. Außerdem soll der Logopäde garantieren, dass Lerntherapie nur außerhalb der Praxisöffnungszeiten stattfindet, der Physiotherapeut soll bitte eine Mauer zwischen Gerätezirkel und Therapiepraxis ziehen und dem Ergotherapeuten mitgeteilt, dass er eine Zulassung zur Hilfsmittelversorgung nur dann erhält, wenn er nachweisen kann, dass er dafür separate Räume vorhält.

Rechtlicher Hintergrund: Der § 124 SGB V legt fest, dass man als Heilmittelerbringer zugelassen ist, wenn man u. a. „über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet“. Um das zu gewährleisten soll der GKV-Spitzenverband „Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen“ abgeben.

In diesen Zulassungsempfehlungen legt der GKV-Spitzenverband u. a. fest, dass es eine räumliche Trennung zwischen den zugelassenen Praxisräumen und „gewerblichen Bereichen“ geben muss. Das ist nach Ansicht vieler Juristen eine unzulässige Auslegung des in § 124 SGB V vorgegebenen Auftrags. Hier soll ja nur eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbestimmungen erreicht werden. Herausgekommen ist jedoch faktisch eine Art „Berufsverbot“ für das Erbringen von Selbstzahlerleistungen in Heilmittelpraxen.

Fehlverhalten der Krankenkassen: In Baden-Württemberg wurde einem Physiotherapeuten, der sich geweigert hat, eine Wand zwischen Praxis und Gerätezirkel zu ziehen, kürzlich per Einschreiben der Entzug der Zulassung angedroht. Und das ist kein Einzelfall. Tatsächlich nehmen viele Therapeuten in ihren Praxisräumen sinnlose bauliche Änderungen vor, nur um die Zulassung zu erhalten.

Fazit: Beim Zulassungsverfahren überschreiten die Krankenkassen ihre rechtlichen Kompetenzen und verhängen ein Berufsverbot für Therapeuten, die die Versorgung ihrer Patienten um Selbstzahlerleistungen ergänzen möchten! ■

[bu]

„Aus dem Heilmittelbereich erhalten wir vielleicht eine Beschwerde im Jahr“

Interview mit Antje Domscheit



Antje Domscheit ist Referatsleiterin Grundsatzfragen der Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt. Im Interview erklärt sie, wie Heilmittelerbringer beim Bundesversicherungsamt Beschwerde gegen eine bundesunmittelbare Krankenkasse einlegen können und wie ein solches Verfahren abläuft.



Frau Domscheit, das Bundesversicherungsamt ist als Aufsichtsbehörde für mehr als die Hälfte der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland zuständig. Was genau ist Ihre Aufgabe als Aufsichtsbehörde?

DOMSCHEIT | Wir beaufsichtigen die bundesunmittelbaren Krankenkassen und haben in dem Zusammenhang natürlich auch die Aufgabe, das Verwaltungsverfahren, das die Krankenkasse mit den Leistungserbringern pflegen, zu überprüfen. Es ist also möglich, dass sich Heilmittelerbringer – und auch andere Leistungserbringer – bei uns darüber beschweren, wie die Krankenkassen mit ihnen umgehen. Im Heilmittelbereich betrifft das vor allem die Zulassung zur Versorgung, die ja noch durch Verwaltungsakt erfolgt, aber auch die Vergütung ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Wenn man zum Beispiel mit dem Vertragsverhandlungsverfahren der Krankenkassen nicht einverstanden ist, gibt es die Möglichkeit, bei uns ein Schiedsverfahren einzuleiten.

Wie können sich Heilmittelerbringer mit einer Beschwerde am besten an Sie wenden?

DOMSCHEIT | Sie können einen Brief schreiben, eine Mail schicken, anrufen, faxen oder das Onlineformular auf unserer Internetseite nutzen. Es ist aber so, dass wir immer Unterlagen zu einem solchen Verfahren benötigen, etwa Kopien des Schriftverkehrs mit der Krankenkasse oder Verträge. Man muss bedenken, dass durch eine Beschwerde bei uns ein Verwaltungsverfahren nach SGB X in Gang gesetzt wird. Heilmittelerbringer sollten alle Unterlagen mit-schicken, die ihren Vorwurf belegen. Das geschieht in der Regel auf dem Postweg und ist so auch am einfachsten.

Wenn es sich aber nur um eine Frage zu einem bestimmten Sachstand handelt, kann man einfach eine Mail schicken oder das Online-Formular benutzen.

Nun habe ich als Heilmittelerbringer meine Beschwerde per Post zu Ihnen geschickt. Wie geht es dann weiter?

DOMSCHEIT | Zunächst erhalten Sie eine Eingangsbestätigung und auch ein Aktenzeichen. Sind die mitgeschickten Unterlagen und Informationen ausreichend, wird als nächstes die Krankenkasse angehört. Wenn die mitgeschickten Informationen nicht ausreichend waren – was leider oft der Fall ist – schreiben wir den Leistungserbringer an und teilen mit, welche weiteren Dokumente und Angaben wir noch brauchen.

Anschließend wenden wir uns an die Krankenkasse. Die hat dann in der Regel einen Monat Zeit, um sich zum Sachstand zu äußern. Sobald deren Stellungnahme da ist, werten wir sie aus. In manchen Fällen können wir dann schon abschließend dazu beitragen, dass der Beschwerde abgeholfen wird, etwa indem wir der Krankenkasse mitteilen, was am Verfahren zu beanstanden ist und was sie zukünftig beachten sollte. Wir fordern die Krankenkasse dann auf, dies zu bestätigen. Tut sie das, ist die Angelegenheit direkt erledigt. Das wäre der optimale Fall. Meistens zieht sich ein solches Verfahren aber etwas länger hin.

Kommen Beschwerden Ihrer Erfahrung nach im Heilmittelbereich häufig vor?

DOMSCHEIT | Nein, im Heilmittelbereich ist so etwas sehr selten. Wir bekommen nur ganz wenige Beschwerden von Heilmittelerbringern. Alle Kassen, für die wir zuständig sind zusammengenommen, kommt das vielleicht einmal im Jahr vor. Der Heilmittelbereich ist damit im Vergleich zu anderen Bereichen sehr unauffällig. Ich habe hin und wieder einen Antrag auf Einsetzung einer Schiedsperson. Aber dass es in der Vertragsumsetzung Probleme gibt, ist sehr selten.

Willkür der Krankenkassen nicht einfach hinnehmen

Aufsichtsbehörden gehen Beschwerden über Sozialversicherungsträger nach

Selbst Krankenkassen stehen nicht über dem Gesetz. Auch sie müssen sich an rechtliche Vorgaben und geltende Verträge halten. Tun sie es nicht, sollten Praxisinhaber das nicht einfach wutschnaubend hinnehmen, sondern dagegen vorgehen. Zunächst kann man versuchen – mit Verweis auf die entsprechenden Bestimmungen – die Angelegenheit selbst mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung zu klären. Hat das keinen Erfolg und ist die Kasse uneinsichtig, gibt es die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.



Für sogenannte bundesunmittelbare Krankenkassen hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht. Bei landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenversicherungen sind es die Gesundheits- bzw. Sozialministerien der jeweiligen Länder. Leistungserbringer können an die zuständige Aufsichtsbehörde eine Eingabe, also eine Beschwerde, richten und so Entscheidungen oder Verhalten der Sozialversicherungsträger prüfen lassen. Neben den Krankenkassen gehören dazu übrigens auch die Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungsträger.

Bundesversicherungsamt oder Landesministerium zuständig

An welche Stelle sich Praxisinhaber mit ihrer Beschwerde richten können, hängt davon ab, ob es sich bei der betreffenden Krankenkasse um eine bundesunmittelbare oder eine landesunmittelbare Versicherung handelt. Erstreckt sich ihr Zustän-

digkeitsbereich über mehr als drei Bundesländer, handelt es sich um eine bundesunmittelbare Krankenkasse. Insbesondere die Ersatzkassen und die meisten Betriebskrankenkassen zählen dazu, da sie deutschlandweit tätig sind. Von den derzeit 110 gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland (Stand März 2018) sind 65 bundesunmittelbar und unterstehen damit der Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt. Die Behörde prüft und bearbeitet Beschwerden über diese Versicherungen. Wie der Beschwerdeprozess genau funktioniert, lesen Sie im Interview mit Antje Domscheit, Referatsleiterin Grundsatzkrankenversicherung im Bundesversicherungsamt, auf Seite 24.

Den richtigen Ansprechpartner finden

- ▶ Wer nach der für eine bestimmte Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde sucht, wird oftmals auf der Impressumsseite der Website fündig.
- ▶ Eine Liste der Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern, die in den Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamts fallen, findet sich auf www.bundesversicherungsamt.de -> Aufsicht -> Beschwerde über einen Sozialversicherungsträger.
- ▶ Eine Liste der für die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständigen Landesministerien findet sich auf der Website des Bundesgesundheitsministerium unter www.bundesgesundheitsministerium.de -> Themen -> Krankenversicherung -> Online-Ratgeber Krankenversicherung -> Krankenversicherung, Beiträge, Tarife -> Wahl und Wechsel der Krankenkasse -> Ansprechpartner bei Beschwerden über die Krankenkassen

Länder zuständig für AOK

Gesetzliche Krankenversicherungen, deren Zuständigkeitsbereich nicht über das Gebiet eines Bundeslands hinausgeht, werden als landesunmittelbare Krankenkassen bezeichnet. Hierzu zählen in der Regel die Allgemeinen Ortskrankenkassen, aber auch manche Betriebskrankenkassen. Die Aufsicht über diese Krankenkassen liegt bei den Ländern und wird in der Regel von den jeweiligen Gesundheits- oder Sozialministerien ausgeübt. Ebenfalls der Landesaufsicht unterliegen Krankenkassen, die in bis zu drei Bundesländern tätig sind. Welches Bundesland die Aufsicht führt, bestimmen die beteiligten Länder.

Beschwerdeverfahren am Beispiel Niedersachsen

Die AOK-Niedersachsen, die BKK-EWE und die BKK Public zäh-

len zu den landesunmittelbaren Krankenkassen, über die das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung die Rechtsaufsicht hat. Haben Praxisinhaber eine Beschwerde über eine dieser Krankenkassen, können sie sich schriftlich an das Ministerium wenden. „Für eine Beschwerde gibt es grundsätzlich keine Fristen oder formalen Vorgaben“, berichtet Naila Eid, Pressesprecherin des Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. „Eine schriftliche Beschwerde mit der Schilderung des Sachverhalts, also der Nennung des konkreten Anliegens und der beteiligten Krankenkasse, ist jedoch notwendig, damit dem Anliegen konkret nachgegangen werden kann.“

Verfahren wird eingeleitet

„Wenn eine Beschwerde eingegangen ist, bittet das Niedersächsische Sozialministerium die zuständige Krankenkasse um eine ausführliche Stellungnahme“, erklärt die Pressesprecherin. Dabei werde die Eingabe, also die Beschwerde des Heilmittelerbringers, an die Krankenkasse übermittelt. Dieser erhalte zudem eine Eingangsbestätigung bzw. eine entsprechende Zwischennachricht zu seiner Eingabe. „Sobald die Stellungnahme der Krankenkasse vorliegt, prüft das Ministerium den Sachverhalt und informiert den Heilmittelerbringer nach Abschluss der aufsichtsrechtlichen Prüfung schriftlich über den Ausgang des Verfahrens“, erklärt Eid das weitere Vorgehen.

Bei Rechtsverstoß wird Aufsichtsbehörde tätig

Das Niedersächsische Sozialministerium hat die Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen. Das bedeutet, „dass die Aufsichtsbehörde prüft, ob das Verhalten des Sozialversicherungsträgers rechtlich vertretbar ist“, erläutert Naila Eid. Nur wenn ein evidenter Rechtsverstoß vorliege, könne die Aufsichtsbehörde tätig werden. „Die Möglichkeiten der Rechtsaufsicht sind in § 89 SGB IV geregelt und setzen zuerst eine Beratung des Sozialversicherungsträgers durch die Aufsicht voraus“, so Eid. „Im Rahmen dieser Beratung soll darauf hingewirkt werden, dass der Sozialversicherungsträger sein rechtswidriges Verhalten ändert. Sollte er dieser Aufforderung nicht nachkommen, kann die Aufsichtsbehörde einen entsprechenden Verpflichtungsbescheid erlassen. An diesen ist der Sozialversicherungsträger gebunden.“ Der Rechtsweg sei jedoch möglich. Das heißt, die Krankenkassen können gegen diese Entscheidung rechtlich vorgehen.

Beschwerde unabhängig von Widerspruchs- oder Klageverfahren

Es sei zudem wichtig zu wissen, „dass das Widerspruchs- bzw. Klageverfahren unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Prüfung steht“, betont Pressesprecherin Eid. Heilmittelerbringer sollten daher unabhängig vom Beschwerdeverfahren überlegen, ob sie gegen die Entscheidung der Krankenkasse von Rechtsbehelfen wie Widerspruch oder Klage Gebrauch machen möchten. Entscheiden sie sich dafür, müssen sie die geltenden gesetzlichen Fristen beachten. ■

[ym]



Bereit für die Datenschutz-Grundverordnung?

Ab dem 25. Mai 2018 gilt die neue Datenschutz-Grundverordnung. Das ist nur noch wenig Zeit, um die Praxis auf das neue, europaweit gültige Datenschutzrecht vorzubereiten. Was Praxisinhaber darüber wissen müssen im **up|QuickCeck**

Checkliste

- Gibt es ein schriftliches „Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten“ über die Daten, die in der Praxis erhoben werden und wie diese Daten dann verarbeitet werden?
- Gibt es eine schriftliche „Datenschutzfolgeabschätzung“, bei der geprüft wird, welche Folgen die Datenverarbeitung für die betroffenen Personen möglicherweise haben könnte?
- Sind alle Einwilligungen der Patienten zur Datenerhebung und -weitergabe auf dem aktuellen Rechtsstand?
- Erfüllen online-Auftritte die neuen Datenschutzvorschriften?
- Wenn in der Praxis mehr als neun Therapeuten arbeiten: Ist ein (externer) betrieblicher Datenschutzbeauftragter ernannt worden?
- Wenn in der Praxis mehr als ein aber höchstens neun Therapeuten arbeiten: Ist eine Anfrage an das zuständige Landesamt für Datenschutz gestellt worden, ob ein Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss?
- Sind Mitarbeiter zum Thema Datenschutz geschult worden und ist das schriftlich dokumentiert?
- Gibt es einen schriftlichen Plan, wie bei Datenpannen vorgegangen werden soll?
- Sind sich alle Mitarbeiter in der Praxis darüber im Klaren, wie bei Anfragen von Patienten und Aufsichtsbehörden reagiert werden soll?
- Sind alle Verträge mit Dienstleistern überprüft und datenschutzrechtlich angepasst worden:
 - Abrechnungszentrum
 - Factoring-Bank
 - Steuerberater/Lohn-Büro
 - Rechenzentrum
 - Softwareanbieter
 - Internet-Seiten-Betreiber

Hier gibt es mehr Informationen:

- ▶ hier finden Sie die Kontaktdaten aller zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten:
https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html
- ▶ Externer Datenschutzbeauftragter mit Spezialisierung auf Heilmittelpraxen
<https://www.therapie.cloud/uebersicht/>
- ▶ Datenschutz-Aufsichtsbehörde Schleswig-Holstein mit interessanten Artikeln und Musterdokumenten:
<https://www.datenschutzzentrum.de/medizin-soziales/>
- ▶ Datenschutzhandbuch für Heilmittelpraxen:
<https://www.buchner-shop.de/datenschutzhandbuch-fuer-heilmittelpraxen-763-25.html>
- ▶ Ausführliche Erläuterungen zum Verarbeitungsverzeichnis:
www.bitkom.org/NP-Themen/NP-Vertrauen-Sicherheit/Datenschutz/FirstSpirit-1496129138918170529-LF-Verarbeitungsverzeichnis-online.pdf

Datenschutz in der Therapiepraxis

Darauf müssen Sie spätestens ab Mai 2018 achten

So einfach führen Sie rechtskonform Datenschutz in Ihrer Praxis ein:

Im Mai 2018 tritt die EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ohne weitere Übergangsfrist in Kraft und wird das aktuelle Bundesdatenschutzgesetz in weiten Teilen ersetzen. Praxisinhaber und leitende Angestellte sollten sich daher bereits im Vorfeld mit den wichtigsten Veränderungen beschäftigen. Nur so ist es möglich, die Datenverarbeitung in der Praxis zu überprüfen und den erforderlichen Handlungsbedarf zu erkennen.

In diesem eintägigen Seminar stellen wir Ihnen die Datenschutz-Grundsätze und die Änderungen vor, die Ihre Praxis ab Mai 2018 erfüllen muss. So können Sie die Umstellung auf die EU-DSGVO rechtzeitig vorbereiten. Anhand von Fallbeispielen, Checklisten und Ausfüllhilfen erhalten Sie konkrete Umsetzungstipps, wie Sie als Praxisinhaber die datenschutzrechtlichen Anforderungen im Praxisalltag erfüllen können, ohne dabei die notwendigen betriebswirtschaftlichen Erwägungen außer Acht lassen zu müssen.

Die neue DS-GVU fordert auch die Schulung von Mitarbeitern in Datenschutzfragen. Mit dem Teilnehmerzertifikat für dieses Seminar haben Sie einen ersten Nachweis für Ihre Datenschutz-Dokumentation.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar

- ▶ kennen Sie die Grundsätze der Verarbeitung personenbezogener Daten und können diese in Ihrer Praxis in konkrete Maßnahmen umsetzen
- ▶ wissen Sie, welche Daten konkret dem Datenschutz unterfallen
- ▶ kennen Sie die Rechte der betroffenen Personen und die Rechtsfolgen von Datenschutzverstößen
- ▶ wissen Sie, worauf Sie für eine datenschutzkonforme IT-Sicherheit achten sollten
- ▶ wissen Sie, ob Sie einen Datenschutzbeauftragten bestellen müssen

Zielgruppe:

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referentin Karina Lübke

Karina Lübke hat in Tübingen Rechtswissenschaften studiert und absolvierte ihren juristischen Vorbereitungsdienst im Landgerichtsbezirk Kiel.

Seit 2013 ist sie als Rechtsanwältin in der Region Kiel, Plön und Ostholstein tätig und nimmt die Beratung der Interessenvertretung in Belangen des Sozial-, Arbeits- und Verkehrsrechts wahr. Als Justiziarin und Syndikusanwältin der Firma buchner kennt sie die vielfältigen Probleme der Praxisinhaber aus ihrer täglichen Arbeit. Zudem unterstützt sie regelmäßig die up-Redaktion als Autorin juristischer Artikel.

Termine

13.04.2018 in Berlin ausgebucht

04.05.2018 in Leipzig ausgebucht

29.05.2018 in Hamburg ausgebucht

08.06.2018 in Nürnberg

23.06.2018 in Köln neu

29.06.2018 in Berlin neu

Anmeldung unter:

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

Die Teilnahme kostet Euro 229 zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr zzgl. MwSt. fällt mit der Anmeldung an.

Ab in die Cloud

Zuverlässig, einfach und rechtssicher auf die Praxisverwaltung zugreifen – von überall

Heilmittelpraxen sind schon lange im digitalen Zeitalter angekommen. Der Computer ist nicht mehr wegzudenken, mobile Geräte wie Laptop und Tablet sind praktische Helfer im Alltag. Allerdings bringen Hard- und Software zusätzlichen Aufwand mit sich – zeitlich und auch finanziell. Es ist also Zeit, den nächsten Schritt zu gehen. Mit einem Umzug der Praxissoftware in die Cloud lässt sich der Verwaltungsaufwand deutlich verringern. Zudem erlaubt diese Lösung mobiles Arbeiten – datenschutzkonform von Zuhause und unterwegs.



Wer seine Praxisverwaltungssoftware auf einem lokalen Rechner installiert hat, muss sich selbst darum kümmern, dass alle Programme stets auf dem aktuellen Stand sind. Das betrifft nicht nur die Preislisten und Adressupdates der Krankenkassen für die Abrechnung, sondern auch Betriebssystem, Firewall, Virens Scanner und viele andere auf dem Rechner installierte Programme. Denn ist die Software veraltet, kann sogenannte Malware leichter auf den Computer gelangen und dort mitunter großen Schaden anrichten. Wer von Zuhause oder unterwegs Zugriff auf seine Praxisverwaltung haben möchte, sieht sich mit noch größeren Herausforderungen an die Sicherheit konfrontiert – und mit entsprechenden Kosten.

Weniger Aufwand aber nicht weniger Sicherheit

„Niemand kann heute noch behaupten, dass lokale System sicherer sind als ihr Pendant in der Cloud“, sagt Mark Anderson, Gründer einer Gruppe von Sicherheitsexperten, die der Cyberkriminalität den Kampf angesagt haben. Für Heilmittelerbringer, die neben den sensiblen Praxisdaten auch mit besonders schützenswerten Patientendaten umgehen, ist die **therapie.cloud** darum eine sinnvolle Alternative zu lokalen Lösungen.

Sie bietet die Möglichkeit, Sicherheit und Mobilität unter einen Hut zu bringen. Gleichzeitig reduziert sich der Wartungsaufwand für die Praxis. Denn bei Hard- und Software stets für die nötige Sicherheit zu sorgen, ist inzwischen ein Vollzeitjob geworden. Die **therapie.cloud** stellt Heilmittel-Praxen über ihre Rechenzentren Experten zur Seite, die sie darin unterstützen. Gleichzeitig behalten die Praxen die volle Kontrolle über ihre Daten, etwa über Berechtigungen und Einschränkungen beim Zugriff auf die Praxisverwaltung durch die Mitarbeiter. Strenge Kontrollen verhindern, dass ihre Daten mit denen anderer Praxen vermischt werden. Zudem liegt die Verfügbarkeit der Rechner deutlich höher als das jemals in der eigenen Praxis zu realisieren wäre.

Vorteile für Heilmittel-Praxen in der **therapie.cloud**:

- ▶ Einfaches und automatisches Umziehen in die **therapie.cloud**
- ▶ Sichere Speicherung und volle Kontrolle über ihre Daten
- ▶ Sicherheit gegen Datenzugriff durch unbefugte Dritte
- ▶ Keine zeitraubende Wartung von Hard- und Software
- ▶ Problemloser Support für die Praxis durch Experten
- ▶ Echtes mobiles Arbeiten ohne zusätzliche Risiken
- ▶ Regelmäßig automatische Backups
- ▶ Schutz der Daten im Falle von Diebstahl und sonstigem Verlust der Hardware

Für mehr Informationen rufen Sie gebührenfrei an unter 0800 00 00 77 0

Wer sollte also über einen Umzug seiner Praxisverwaltungssoftware in die **therapie.cloud** nachdenken?

Die **therapie.cloud** ist für alle Praxisinhaber interessant, die sich nicht sicher sind, ob regelmäßig Backups gemacht werden, ob Betriebssysteme und Firewall tagesaktuell gewartet werden, die gern mobil von zu Hause aus arbeiten möchten, aber bisher die damit verbundenen Kosten gescheut haben, oder die ihren Mitarbeitern die Möglichkeit geben wollen, außerhalb der Praxis Therapieberichte zu schreiben und sich mit einem Blick in den Terminkalender auf den nächsten Arbeitstag vorzubereiten. Vereinbaren Sie gleich einen Termin mit einem unserer Experten!

Kurz erklärt:

Was ist eigentlich eine Cloud?

Die Idee der Cloud ist schon relativ alt. Bereits seit Ende der 90er Jahre wird „Software as a Service“ angeboten. Was bedeutet das? Die Software wird nicht auf dem eigenen Rechner installiert, sondern auf einem externen Server. Der Nutzer greift über einen Webbrowser auf die Software und die Daten zu. Der Vorteil: Die Nutzer müssen sich nicht um Lizenzen oder Updates kümmern. Zudem sind die Daten online von jedem Ort aus abrufbar – man benötigt nur einen Internetzugang.

Wie funktioniert die Cloud-Technologie?

Im Prinzip ganz einfach: Ein IT-Dienstleister stellt Kunden seine Server in Form eines virtuellen Rechenzentrums zur Verfügung. Dabei werden viele Server zusammengeschaltet. Der Nutzer kann beliebig große Mengen an Daten speichern und über das Internet jederzeit auf sie zugreifen. Die Daten sind professionell gesichert, so dass nur der Kunde selbst bzw. von ihm autorisierte Personen Zugriff auf darauf haben. Der Cloud-Anbieter erstellt zudem regelmäßig automatische Backups, so dass Daten nicht mehr verloren gehen können. Jeder, der schon einmal eine defekte Festplatte hatte, weiß diesen Vorteil zu schätzen.

Wie sieht es mit Datenschutz aus?

Bei der Verarbeitung von Personendaten müssen die geltenden Datenschutzgesetze beachtet werden. Dabei bedarf es für die Übertragung und externe Verarbeitung der Personendaten einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die sogenannte Auftragsdatenverarbeitung hat sich dabei als geeignete Ermächtigungsgrundlage etabliert.

Bei der Auswahl eines Cloud-Providers sollten Sie besonders darauf achten, dass die folgenden Anforderungen erfüllt sind:

- ▶ Es gibt für den Cloud-Service ausführliche vertragliche Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten
- ▶ Die Rechenzentren sind mit angemessenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz der Daten ausgestattet ■

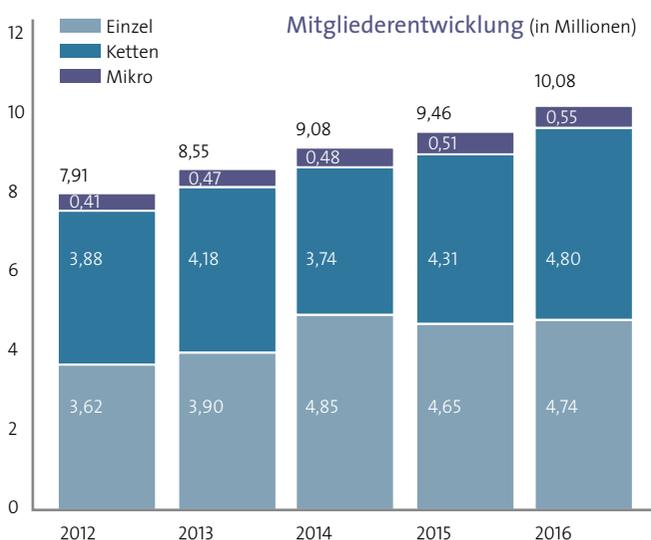
[as]

Große Potenziale auf dem Gesundheits- und Fitnessmarkt: Betriebliches Gesundheitsmanagement Top-Trend 2018



Immer mehr Deutsche sind bereit, etwas für ihre Gesundheit zu tun: Mit 34 Prozent ist Fitness dabei die beliebteste Sportart, gefolgt vom Schwimmen mit 33 und Wandern mit 32 Prozent. Das ergab eine aktuelle Sportmarktstudie des Beratungsunternehmens Deloitte. Eine Entwicklung, von der auch Therapiepraxen profitieren und entsprechende Angebote machen können.

Sportlich Aktive verbringen mittlerweile über sechs Stunden pro Woche mit ihren Workouts und sind bereit, Zeit und Geld für Fitness und Gesundheit zu investieren: Die durchschnittlichen Ausgaben liegen bei 725 Euro pro Jahr, davon allein 166 Euro für Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen und Fitnessstudios. Etwa ein Drittel der Befragten rechnet sogar mit noch höheren sportbezogenen Ausgaben im Laufe der nächsten zwölf Monate, heißt es in der Studie.



Fitnessbranche weiter auf Wachstumskurs

In Deutschland trainierten 2016 erstmals über zehn Millionen Mitglieder in mehr als 8.600 Fitness- und Gesundheitsanlagen. Betreut wurden sie dabei von 209.200 qualifizierten Fachkräften. Das besagen aktuelle Zahlen, die der Arbeitgeberverband deutscher Fitness- und Gesundheitsanlagen (DSSV) kürzlich veröffentlicht hat. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Mitgliederzahlen damit um 6,6 Prozent.

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird 2018 zunehmen

Die Fitnessbranche wird in diesem Jahr aber nicht ausschließlich vom allgemeinen Workout geprägt sein, heißt es in der DSSV-Jahresprognose. Als Top-Trend bezeichnet der Verband das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). „Es spricht vieles dafür, dass auch die Zahl der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die ein Betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen integrieren möchten, 2018 ansteigt“, heißt es in der Prognose.

Gut ausgebildete Trainer und Digitalisierung des Trainings gefragt

Als weitere langfristige Trends nennt der DSSV die höheren Ansprüche der Fitnesskunden an die Qualifikation der Trainer sowie des Trainings, das von neuen Technologien und Digitalisierung profitiert. Beim Zirkeltraining beispielsweise kann eine Chipkartensteuerung individuelle Körpermaße und Trainingsziele des Kunden berücksichtigen.

Der absolute Klassiker des Fitnessstrainings bleibe laut DSSV auch 2018 das Krafttraining. Daneben werde sich aber auch zunehmend das Functional Training, also das ganzheitliche Fitness-training etablieren. ■

[ks]

Gelassenheit an der Rezeption

Souverän im Umgang mit schwierigen Situationen
und Patienten!

Kennen Sie dieses Gefühl? In Ihrer Praxis ist ein einziges Hin und Her, alle reden wild durcheinander und so langsam verlieren Sie nicht nur den Überblick, sondern die ersten Denkblockaden setzen ein. Weiche Knie, trockener Mund, ein dumpfes Gefühl in der Magengegend, schneller Puls. Man wird unsicher, reagiert gereizt, bekommt den sprichwörtlichen "dicken Hals" und es fällt einem partout nicht ein, wie man die Situation noch retten kann. Das muss nicht sein. Es gibt Menschen, die selbst im größten Chaos ruhig und souverän bleiben und dadurch jede noch so vertrackte Situation gelassen meistern. Das können Sie auch.

Ihr Nutzen

Nach diesem Seminar

- ▶ kennen Sie Ihre persönlichen Stressfaktoren
- ▶ gehen Sie souverän mit Stress um
- ▶ wissen Sie, wie Sie Stress abbauen
- ▶ vermeiden Sie negativen Stress
- ▶ bewahren Sie sich die Freude an Ihrer Arbeit
- ▶ bauen Sie Ihre soziale Kompetenz aus
- ▶ sind Sie belastbarer

Nach diesem interessanten Seminartag werden Sie sich Ihre positive und kompetente Ausstrahlung auf andere Menschen erhalten! Melden Sie sich am besten jetzt gleich an!

Zielgruppe

Nehmen Sie an diesem Seminar teil, wenn Sie...

- ▶ Ihre soziale Kompetenz erhöhen wollen
- ▶ Ihre Arbeitsabläufe optimieren möchten
- ▶ Sie sich einfach wohl fühlen wollen

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Kaffee, Tee, Snacks und eine Mittagsverpflegung in einem renommierten Tagungshotel



Referentin Brigitte Harste

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

Termine

07.06.2018 in Nürnberg

06.09.2018 in Berlin

26.10.2018 in Hamburg

Anmeldung unter:

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

Die Teilnahme kostet Euro 229,00
zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr zzgl. MwSt. fällt mit der Anmeldung an.

Sehen wir uns auf der FIBO?

Meetingpoint Physio bietet Vorträge und Raum für Networking in Halle 7

Donnerstag

Compliance und Motivation von Patienten steigern

11.00 – 11.45 **Privatpreise gegenüber der PKV durchsetzen:** Unterstützen Sie Ihre Patienten beim Einfordern der vollständigen Erstattung *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

11.45 – 12.30 **Verkaufen für Therapeuten:** 6 Tipps wie man Therapie und Training verkauft, ohne seine Seele zu verkaufen! *Referent: Mathias Hansen (Buchner & Partner)*

12.30 – 13.15 **Alternative Wege in der Rückentherapie –** Schmerzreduktion durch Kraft, Beweglichkeit und segmentale Stabilisation *Referent: Rudi Hünig (Proxomed)*

13.15 – 14.00 **Patienten und Mitglieder bewegen:** Wie Sie sich und Ihre Kunden schnell und einfach motivieren! *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

Sportler als Zielgruppe für Praxis und Fitness gewinnen/nutzen

14.30 – 15.15 **Mitglieder richtig führen:** Wie man Studio-Mitglieder in die Physiotherapie-Praxis lotst und warum das für Studio, Mitglieder und PT-Praxis gut ist *Referent: Mathias Hansen (Buchner & Partner)*

15.15 – 16.00 **Krankengymnastik ist out:** Wie man Therapie so vermarktet, dass Sportler Therapie als Bestandteil des Trainings nutzen *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

16.00 – 16.45 **Angebote zur Bindung von Vereinen und Athleten an die Physiotherapiepraxis** *Referent: Johannes Fetzer (Proxomed)*

16.45 – 17.30 **EMS-Training –** unterschätzte Geheimwaffe in den Bereichen Rehabilitation, Physiotherapie und Fitness *Referent: Christian Görgner (schwa-medico GmbH)*

Freitag

Kooperation / Gemeinsames Arbeiten mit der Fitnessbranche

11.00 – 11.45 **Selbstzahlerangebote während der Therapie anbahnen:** Wie man Studioangebote durch gute Therapieberichte verkauft *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

11.45 – 12.30 **Mehr Umsatz und mehr Patienten als die Fitnessbranche:** Heilmittel-Wirtschaftsbericht 2018 *Vorstellung durch Dr. Roy Kühne (MdB)*

12.30 – 13.15 **Die Datenschutz-Grundverordnung gilt ab Mai 2018:** Das müssen Praxen und Studios in Zukunft bei der Zusammenarbeit beachten. *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

13.15 – 14.00 **Physio und Fitness optimieren** durch Gesundheitsberatung! *Referent: Dr. Frank Eger (bodywave)*

Training und Therapie unter einem Dach

14.30 – 15.15 **Mitarbeiter erfolgreich machen:** Gewinnen und binden Sie großartige Fachkräfte an Ihre Praxis *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

15.15 – 16.00 **Einsteigen, kooperieren oder ignorieren?** Erfolgreiche Strategien für Praxisinhaber im Umgang mit der Fitnessbranche *Referent: Mathias Hansen (Buchner & Partner)*

16.00 – 16.45 **Wie funktioniert medizinisches Fitnesstraining** als Ergänzung zur Physiotherapiepraxis – ein Bericht aus der Praxis *Referent: Andre Fuchs (ERGO-FIT GmbH & Co. KG)*

16.45 – 17.30 **Medizinisches Gerätetraining und KGG** sind wichtige Säulen der Wirtschaftlichkeit in der Physiotherapie und bei vielen Diagnosen extrabudgetär verordnenbar *Referent: Michael Faßbender (Proxomed)*



Samstag

Compliance und Motivation von Patienten steigern

11.00 – 11.45 **Selbstzahlerangebote während der Therapie anbahnen:** Wie man Studioangebote durch gute Therapieberichte verkauft *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

11.45 – 12.30 **Die Datenschutz-Grundverordnung gilt ab Mai 2018:** Das müssen Praxen und Studios in Zukunft bei der Zusammenarbeit beachten. *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

12.30 – 13.15 **Privatpreise gegenüber der PKV durchsetzen:** Unterstützen Sie Ihre Patienten beim Einfordern der vollständigen Erstattung *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

13.15 – 14.00 **Patienten und Mitglieder bewegen:** Wie Sie sich und Ihre Kunden schnell und einfach motivieren! *Referent: Mathias Hansen (Buchner & Partner)*

Training und Therapie unter einem Dach

14.30 – 15.15 **Krankengymnastik ist out:** Wie man Therapie so vermarktet, dass Sportler Therapie als Bestandteil des Trainings nutzen *Referentin: Nele Töppler (Buchner & Partner)*

15.15 – 16.00 **Mitarbeiter erfolgreich machen:** Gewinnen und binden Sie großartige Fachkräfte an Ihre Praxis *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

16.00 – 16.45 **KompetenzPROphysio:** Kompetenz im 1. Gesundheitsmarkt ist die Basis für nachhaltige Erfolge im 2. und 3. Gesundheitsmarkt! **Und warum jedes Gesundheitsstudio in Zukunft eine Physiotherapie haben sollte** *Referent: Michael Faßbender (Proxomed)*

16.45 – 17.30 **Physio und Fitness optimieren durch Gesundheitsberatung!** *Referent: Dr. Frank Eger (bodywave)*

Auf der FIBO dreht sich vom 12. bis 15. April 2018 wieder alles um Fitness, Wellness und Gesundheit. Viele Physiotherapeuten kennen die Messe in Köln inzwischen aus eigener Anschauung. Auch in diesem Jahr bietet der „Meetingpoint Physio“ Therapeuten wieder eine wichtige Anlaufstelle zum Netzwerken – und ein umfangreiches Programm.

Der Meetingpoint Physio ist Fachforum und Networking-Lounge zugleich. Für den fachlichen Austausch bieten wir Ihnen hier eine angenehme und professionelle Atmosphäre. An der Bar können Sie sich zudem mit Erfrischungsgetränken und Snacks verwöhnen lassen.

Kostenloses Job-Video drehen

Auch in diesem Jahr ist die Job-Videobox wieder am Start. Wie im letzten Jahr erhalten Sie am Meetingpoint professionelle Unterstützung, eine Stellenanzeige als Video zu erstellen – das gilt für Jobangebote ebenso wie -gesuche. Die Videos laden Sie in den Sozialen Medien, auf Ihrer Internetseite und in Stellenbörsen hoch – und zeigen sich so von Ihrer besten Seite.

Fitness und Physiotherapie verbinden

Beim Vortragsprogramm auf dem Meetingpoint findet jeder das passende: Erfahren Sie, wie man Physiotherapie so vermarktet, dass Sportler sie als Teil ihres Trainings wahrnehmen. Informieren Sie sich über die im Mai in Kraft tretende Datenschutzgrundverordnung – die auch Praxen und Studios betrifft. Lernen Sie alternative Wege in der Rückentherapie kennen, und, und, und. Lassen Sie sich durch die Vorträge inspirieren, um die Verbindung zwischen Fitnessbranche und Physiotherapie für Ihre Patienten besser zu nutzen! ■ [ym]

Sonntag: Workshop Prävention

So verdient man mit Präventionsleistungen mehr Geld als mit Therapie: Im Workshop erarbeiten wir zusammen das Geschäftsmodell Prävention. Sie verstehen wie Preise zu kalkulieren sind und wie die Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt. Sie lernen eine beispielhafte inhaltliche Struktur kennen. Weitere Themen im Workshop: Marketing und Patientenüberleitung. *Referent: Ralf Buchner (Buchner & Partner)*

Sonntag: Workshop Grenzen des Berufs

oder Zusammenarbeit zwischen Personal Trainer und Physiotherapeuten?
ISSA Europe – International Sports Sciences Association

Auch Privatleute müssen Unterlagen aufbewahren Fristen zwischen zwei Jahren und lebenslang

Nicht nur in der Therapiepraxis stapeln sich die Belege. Auch im Privathaushalt türmen sich die Papierberge. Manches davon kann sicher weg. Doch Vorsicht: Auch bei privaten Unterlagen sind Aufbewahrungsfristen zu beachten.

Handwerkerrechnungen sind für mindestens zwei Jahr aufzubewahren. Das schreibt das Gesetz zur Stärkung der Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung vor, das im März 2017 in Kraft trat. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres: Wer also 2017 eine Handwerkerrechnung erhalten hat, kann diese erst am 1. Januar 2020 zum Altpapier geben. Ansonsten gelten für Privathaushalte kaum konkrete gesetzliche Aufbewahrungsfristen. Es ist aber dennoch sinnvoll, manche Belege zu behalten – für ein paar Jahre oder sogar ein Leben lang.

Kaufbelege aufbewahren bis Gewährleistung endet

Kaufbelege für Möbel, Elektrogeräte oder Fahrräder beispielsweise sollte man erst nach zwei Jahren vernichten. So lange besteht die gesetzliche Gewährleistungsfrist durch den Verkäufer (§ 437ff Bürgerliches Gesetzbuch - BGB). Bei Reklamationen innerhalb dieses Zeitraumes muss der Käufer belegen, wann er das Produkt erworben hat.

Bankunterlagen drei Jahre behalten

Private Bankunterlagen unterliegen einer dreijährigen Aufbewahrungsfrist. Dazu zählen bezahlte Rechnungen, Kontoauszüge und Quittungen. Die Verjährungsfrist für Kaufpreiszahlungen liegt in Deutschland bei drei Jahren. Bei Online-Kontoauszügen raten Experten der Verbraucherzentrale, diese abzuspeichern und zusätzlich auszudrucken. Kontoauszüge, die Zahlungen von laufenden Verträgen wie Mietverträgen dokumentieren, sollten Verbraucher länger behalten. So können sie auch noch nach zehn Jahren beweisen, dass sie die Kautions damals gezahlt haben.

Steuerbescheide müssen nicht länger aufgehoben werden – nur Selbständige müssen sie zehn Jahre lang sammeln. Gehaltsabrechnungen, Arbeitsverträge und Sozialversicherungsnachweise sowie Bescheinigungen über Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit sollten mindestens bis zur Rente archiviert werden. Unterlagen über Versicherungen sollte man grundsätzlich mindestens für die Dauer des Vertrages aufbewahren.

Persönliche Dokumente lebenslang aufheben

Unterlagen wie Immobilienkaufverträge sollten auch Privatpersonen ein Leben lang aufbewahren – ebenso amtliche Dokumente wie Personalausweis, Reisepass, Führerschein, Geburtsurkunde, Familienstammbuch und Sterbeurkunden von Angehörigen. Das gilt auch für Heirats- und Scheidungsurkunden, selbst wenn die Ehe bereits Jahrzehnte zurückliegt. ■

[ks]





Neue Beitragsberechnung für Selbständige **Seit Beginn 2018 werden Versicherungsbeiträge vorläufig ermittelt**

Die Beitragsberechnung für Selbständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, hat sich seit 1. Januar 2018 geändert. Die Versicherungsbeiträge werden zunächst nur vorläufig ermittelt. Bislang wurde der jeweils aktuell vorliegende Einkommenssteuerbescheid für die Berechnung zugrunde gelegt.

Mit dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) zahlen Selbständige künftig einen Abschlag, ähnlich einer Steuervorauszahlung. Der Versicherungsbeitrag für 2018 wird also erst einmal vorläufig festgesetzt und steht erst definitiv fest, wenn der Steuerbescheid für 2018 vorliegt.

Nachzahlungen bzw. Erstattungen möglich

Durch das neue Verfahren kann es bei den gezahlten Beiträgen zu Nachzahlungen, aber auch zu Erstattungen kommen. Für das Einreichen des für das jeweilige Kalenderjahr ergangenen Einkommensteuerbescheids haben Selbstständige bis zu drei Jahre Zeit. Verpassen sie diese Frist, berechnet die Kasse den monatlichen Höchstbeitrag. Für Selbstständige, deren Einkünfte bereits über der Beitragsbemessungsgrenze liegen (2018: 4.425,00 Euro monatlich) wird der Beitrag weiterhin endgültig festgelegt. Erzielen diese wider Erwarten niedrigere Einkünfte, können sie bei der Krankenkasse eine Erstattung der zu viel gezahlten Beiträge beantragen.

Selbstständige müssen nicht gesetzlich krankenversichert sein. Dennoch sind laut Statistischem Bundesamt etwas mehr als die Hälfte der 4,3 Millionen Selbständigen in Deutschland freiwillig gesetzlich krankenversichert. ■ [ks]



Meine Hände verdienen optimale Behandlung



Best.-Nr. MLU500

Jetzt bestellen unter:

0800 5999 666 oder
www.buchner-shop.de

buchner

Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53 · 24149 Kiel
www.buchner.de



Wie hältst du es mit...

...chronisch schlechtgelaunten Mitarbeitern?

„Schon wieder diese anstrengende Patientin!“ „Warum muss eigentlich immer ich die Behandlungsräume aufräumen?“ „Diese blöde Behandlungsdoku bezahlt uns doch eh keiner, wozu soll ich sie dann machen?“ Jeder hat einmal schlechte Laune und niemand kann immer nur der fröhliche Sonnenschein sein. Vor allem in der Therapie muss man am Patienten immer so viel geben, da kann es hinter den Kulissen schon mal krachen.

Dauerhaft schlecht gelaunte Kollegen können leicht das gesamte Arbeitsklima „vergiften“. Denn genauso wie gute Laune ansteckend wirkt, kann sich auch die negative Stimmung eines Mitarbeiters schnell auf andere Kollegen übertragen. Doch wie geht man mit solchen „Miesmuscheln“ im Alltag um? Einfach ignorieren, ist eine Möglichkeit – aber vermutlich auf Dauer nicht die beste. Deshalb fragen wir diesmal in den Praxen nach: Wie hältst du es mit chronisch schlecht gelaunten Mitarbeitern?



Vorgehen 1

So lange die Patienten davon nichts mitbekommen, mische ich mich da nicht ein.

Jeder Mensch ist ein Individuum und hat nicht immer nur gute Laune. Wenn mein Mitarbeiter mir den Grund für seine schlechte Stimmung verschweigt, ist das in Ordnung. Er hat ein Recht auf seine Privatsphäre. Deshalb lasse ich ihn zunächst gewähren. Wirkt sich sein Verhalten aber auch auf die Patienten aus, so ist das schlecht für die Praxis. In dem Fall muss ich als Chef dann doch intervenieren.

Vorteil

Sie lassen jedem Mitarbeiter zunächst seine individuellen Launen. Doch wenn diese zu unprofessionellem Verhalten führen, greifen Sie ein bevor sie Ihrer Praxis schaden können. Manchmal hilft es, den Mitarbeiter direkt anzusprechen und zu fragen, wo denn sein Problem liegt und wie lange er braucht, um mit der Situation wieder klarzukommen. So nehmen Sie die Person ernst, signalisieren aber gleichzeitig, dass dies eine Phase sein muss, die auch bald wieder ein Ende hat.

Nachteil

Für Chefs ist es manchmal schwierig mitzubekommen, ob auch Patienten unter der schlechten Laune des Mitarbeiters leiden. Vor

nur jammern und alles negativ sehen, gehen schnell dem gesamten Team auf die Nerven. Eine Ausrede nach der anderen, um sich vor unbeliebten Aufgaben zu drücken, sorgt dafür, dass bald alle Kollegen schlechte Laune haben. Zudem leidet der Zusammenhalt im Team. Da ist es meine Aufgabe als Chef, einzuschreiten.

Vorteil

Sie mischen sich als Chef nicht in jede Kleinigkeit ein und lassen Dingen zunächst einmal ihren Lauf. Dennoch beobachten Sie solche Situationen kritisch und greifen rechtzeitig ein, bevor sie eskalieren. Wenn nötig, sprechen Sie das Problem an und bemühen sich, eine Lösung zu finden – und zwar bevor die schlechte Laune das ganze Team ansteckt.

Nachteil

Hier ist viel Fingerspitzengefühl erforderlich, um die Situation nicht aus dem Ruder laufen zu lassen. Verpassen Sie als Chef den richtigen Moment, um einzugreifen, kippt die Stimmung im Team. Das wieder auszugleichen ist schwierig. Und bedenken Sie: Als Chef bekommen Sie nicht alles mit, was unter den Kollegen läuft. Darum ist ein Einzelgespräch mit dem „kleinen Miesepeter“ zu einem früheren Zeitpunkt manchmal besser, als später eine Krise im gesamten Team meistern zu müssen.



allem in der Behandlung ist der Therapeut mit dem Patienten allein. Was dort geredet wird, erfährt der Inhaber wenn überhaupt nur über Umwege oder durch Zufall. Die Launen des Mitarbeiters nur abwartend zu beobachten, ist also riskant. Rechtzeitiges Eingreifen in Form eines Vier-Augen-Gesprächs hingegen kann die Praxis vor Imageschäden schützen.

Vorgehen 2

Wenn die schlechte Laune auf das restliche Team abfärbt, muss man als Praxisinhaber aktiv werden.

Mal ein schlechter Tag steht jedem zu. Doch Mitarbeiter, die ständig

Vorgehen 3

Schlechte Laune? Miesmacher? So etwas gibt es in unserem Team nicht!

Bereits bei der Auswahl meiner Mitarbeiter achte ich darauf, dass sie ins Team passen. „Miesmuscheln“, Nörgler und Dauer-Verweigerer stelle ich gar nicht erst ein. Aus diesem Grund kennen wir das Problem in unserer Praxis gar nicht.

Vorteil

Wer im Vorfeld sein Team klug zusammenstellt, spart später Zeit und Nerven. Denn Streit und Unstimmigkeiten auszubügeln, ist anstrengend. Ein harmonisches Team fängt viele Probleme auf,

bevor sie sich negativ manifestieren oder auf andere Kollegen auswirken. Doch eine Garantie, dass immer eitel Sonnenschein herrscht, gibt es leider nicht.

Nachteil

Egal wie harmonisch es in einem Team auch sein mag, jeder hat mal einen oder auch mehrere schlechte Tage. Wenn ein Mitarbeiter das Gefühl hat, die Stimmung im Team zu vermiesen, kann es passieren, dass er sich mit seinen Sorgen und Problemen noch mehr einigelt. Was wiederum seine schlechte Stimmung weiter begünstigt. Oder aber, er versucht seine Sorgen zu überspielen. Das kann sich aber wiederum negativ auf seine Arbeit auswirken. Dieser Teufelskreis muss also rechtzeitig durchbrochen werden.

Vorgehen 4

Seine Launen kann man in der Freizeit ausleben, auf der Arbeit hat man sich professionell und freundlich zu verhalten.

Wir sind hier auf der Arbeit und nicht auf dem Schulhof. In der Therapie und auch am Empfang erwarte ich von meinen Mitarbeitern Professionalität und ein freundliches Auftreten. Ständiges Jammern wird hier nicht geduldet und auch nicht unterstützt.

Vorteil

Bei diesem Vorgehen liegt der Vorteil klar auf der Hand: Allen Mitarbeitern wird signalisiert, egal ob sie sich beschwerten oder nicht, jeder muss auch einmal unbeliebte Aufgaben übernehmen. Mit Nörgeln und Jammern drückt sich hier niemand davor. So fühlen sich die anderen Kollegen auch nicht ungerecht behandelt.

Nachteil:

Durch diese klare Linie nehmen Sie Ihren Mitarbeitern im schlimmsten Fall aber auch das Vertrauen Ihnen gegenüber. Wenn ein Angestellter das Gefühl hat, sein Chef interessiere sich nicht für seine Belange, kann das sich das zusätzlich auswirken.

Im schlimmsten Fall distanziert sich der Mitarbeiter innerlich von der Praxis und seiner Arbeit. Er macht dann vielleicht noch Dienst nach Vorschrift, hat aber innerlich schon gekündigt. Da sind weitere Probleme mit Chef, Kollegen und Patienten vorprogrammiert.

Vorgehen 5

Vorbeugen ist das Zauberwort. Als Chef reagiere ich nicht erst, wenn sich die schlechte Laune schon zeigt. Ich Sorge aktiv für gute Stimmung.

Agieren statt reagieren lautet mein Motto. Als Chef sehe ich es als meine Aufgabe, bereits vorbeugend tätig zu werden. Ich warte nicht darauf, dass in der Praxis schlechte Stimmung entsteht, sondern setze kontinuierlich auf Maßnahmen, die bei allen für Zufriedenheit und gute Laune sorgen, wie Gespräche und Teambuilding-Events.

Vorteil

Wenn die schlechte Laune sich erst festgesetzt hat, ist es schwierig daran etwas zu ändern. Durch Ihren engen Kontakt zu den Mitarbeitern erkennen Sie Unzufriedenheiten bereits in der Entstehung. Auch bei privaten Problemen haben die Angestellten so genug Vertrauen, um mit Ihnen darüber zu sprechen. Durch gemeinsame Unternehmungen im Team stärken Sie den Zusammenhalt untereinander. Die Kollegen haben so auch mehr Verständnis, wenn einer von ihnen mal einen schlechten Tag hat.

Nachteil

Egal wie sehr Sie sich als Chef auch bemühen, es wird immer mal einen Mitarbeiter geben, der schlechte Laune hat und diese an Ihnen, den Kollegen und vielleicht sogar den Patienten auslässt. Dafür können äußere Umstände verantwortlich sein, auf die selbst der betroffene Mitarbeiter keinen Einfluss hat. Trotz aller Vorbeugung brauchen Sie darum auch eine Strategie, wie Sie in einem solchen Fall reagieren. ■

[jw]



up|Umfrage: Wie hältst du es mit chronisch schlecht- gelaunten Mitarbei- tern?

Was meinen 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 chronisch schlecht gelaunten Mitarbeitern?

- So lange die Patienten davon nichts mitbekommen, mische ich mich da nicht ein.
- Man muss als Praxisinhaber aktiv werden.
- Schlechte Laune? So etwas gibt es in unserem Team nicht!
- Seine Launen kann man in der Freizeit ausleben.
- Vorbeugen ist das Zauberwort.

Absenden

Mitarbeiter- kommunikation

Mitarbeiter motivieren und fördern durch strukturierte Besprechungen und regelmäßige Mitarbeitergespräche

Kommunikation mit Ihren Mitarbeitern ist ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterführung für Sie als Praxisinhaber. Sowohl ergebnisorientierte regelmäßige Besprechungen mit allen Mitarbeitern, als auch Einzelgespräche haben maßgeblichen Einfluss auf die Motivation. Nutzen Sie diese Instrumente und sorgen Sie dafür, dass alle Mitarbeiter an einem Strang ziehen, immer die Ziele Ihrer Praxis im Blick.

Ihr Nutzen

Sie lernen, wie Sie ...

- ▶ den Zeitaufwand für Ihre Teambesprechungen reduzieren
- ▶ in Besprechungen konkrete Ergebnisse erzielen
- ▶ die Mitarbeiter zum Mitdenken zu motivieren
- ▶ Beschlüsse erfolgreich umzusetzen
- ▶ ein Mitarbeitergespräch konkret vorbereiten
- ▶ Mitarbeitergespräche durchführen
- ▶ Mitarbeitergespräche auswerten
- ▶ die wichtigsten Aspekte bei der Mitarbeiterbeurteilung im Blick behalten

Zielgruppe

Praxisinhaber und leitende Mitarbeiter

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

05.05.2018 in Hamburg

13.10.2018 in Düsseldorf

17.11.2018 in Stuttgart

Anmeldung unter:

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

Die Teilnahme kostet Euro 229,00
zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer.

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Die Teilnahmegebühr zzgl. MwSt. fällt mit der Anmeldung an.

Sommerfest, Betriebsausflug, Jubiläum: Wann gilt der gesetzliche Unfallversicherungsschutz?



Während ihrer Arbeit sind Arbeitnehmer gesetzlich unfallversichert. Das gilt auch für den direkten Weg von und zum Arbeitsplatz. Doch was ist mit Veranstaltungen, die nicht in der Praxis stattfinden, oder „privaten“ Charakter haben, wie etwa ein Geburtstagsfest. Gilt es als Arbeitsunfall, wenn ein Mitarbeiter sich beim Betriebsausflug das Bein bricht?

Ganz eindeutig: Jein! Ob, wann und wo der gesetzliche Unfallversicherungsschutz gilt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Angestellte Mitarbeiter können auf dem gemeinsamen Betriebsausflug genauso versichert sein, wie in einem Restaurant oder in den Praxisräumen. Wenn die betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung folgende Voraussetzungen erfüllt:

- ▶ Es handelt sich um eine Veranstaltung des Arbeitgebers. Das heißt, der Praxischef, oder jemand, den er dazu beauftragt hat, plant das Event, übernimmt die Organisation und lädt dazu ein. Bittet also beispielsweise ein Kollege zu einem kleinen Geburtstags-Umtrunk, greift der Versicherungsschutz nicht. Wohl aber, wenn der Praxischef zur Weihnachtsfeier ins Restaurant einlädt.
- ▶ Die Veranstaltung das Ziel hat, das Betriebsklima zu fördern und die Verbundenheit der Mitarbeiter untereinander zu stärken – etwa bei einem Grillfest mit gemütlichem Beisammensein.
- ▶ Der Praxisinhaber als „Unternehmensleitung“ nimmt ebenfalls an der Veranstaltung teil. Bei größeren Praxen kann das auch ein „Beauftragter der Unternehmensleitung“ sein, zum Beispiel der Leiter einer Praxisfiliale oder ein Teamleiter.
- ▶ Die Veranstaltung ist für alle Mitarbeiter offen und richtet sich nicht nur an eine bestimmte Gruppe. Lädt der Praxisinhaber also etwa zum Klettern ein, schließt das möglicherweise Kollegen aus, die aus gesundheitlichen Gründen nicht daran teilnehmen können. ■ [ym]

Auch Hin- und Rückweg versichert

Wie beim Weg zur Arbeit gilt auch bei betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltungen auf dem Hin- und Rückweg der Unfallversicherungsschutz. Stürzt also beispielsweise ein Mitarbeiter auf dem Weg vom Sommerfest nach Hause und verletzt sich, ist das Arbeitsunfall. Doch auch hier gilt der Versicherungsschutz nur für direkte Wege. Weicht er davon ab und geht noch etwas Trinken oder erledigt die Einkäufe, sind diese Aktivitäten privat. Geschieht dann ein Unfall, greift der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung nicht. ■ [ym]



Aktuelles Urteil: Arbeitsunfall trotz Alkoholgenuss

„Stürzt eine Arbeitnehmerin während eines Grillabends innerhalb einer betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltung alkoholisiert auf dem Weg zur Toilette, handelt es sich um einen entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall“, so entschied das Sozialgericht Dortmund im Februar. Denn der Alkoholgenuss habe dem Ziel der Veranstaltung, dem geselligen Beisammensein, nicht entgegenstanden.

Aufhebungsvertrag: So gelingt die gütliche Trennung



Arbeitsverhältnisse enden oft einseitig. Der Mitarbeiter kündigt, weil er unzufrieden ist oder eine bessere Stelle gefunden hat. Oder der Praxischef muss sich von einem Angestellten trennen. Sind sich beide Seiten einig, dass sie in Zukunft lieber getrennte Wege gehen möchten, gibt es noch eine dritte Variante: den Aufhebungsvertrag. Ein Aufhebungsvertrag ist das Gegenstück zum Arbeitsvertrag. Chef und Mitarbeiter schließen ihn freiwillig, um die Zusammenarbeit zu beenden. Für den Mitarbeiter hat diese Lösung zum Beispiel den Vorteil, dass er so die Kündigungsfrist umgehen und das Arbeitsverhältnis schneller beenden kann, etwa um direkt eine neue Stelle anzutreten.

Erspart den Gang vors Arbeitsgericht

Für Praxisinhaber bietet der Aufhebungsvertrag die Chance, eine Kündigung zu vermeiden, die ihn sonst möglicherweise vor ein Arbeitsgericht führen könnte. Wirft der Chef dem Mitarbeiter beispielsweise schwerwiegendes Fehlverhalten vor, kann es schwierig sein, dies auch wirklich nachzuweisen. Durch einen Aufhebungsvertrag lässt sich einerseits vermeiden, dass es zu einem langwierigen Verfahren kommt. Andererseits gelangt die Thematik auch nicht in die Öffentlichkeit – was sowohl dem Ruf des Therapeuten als auch dem der Praxis schaden könnte.

Formale Anforderungen

Der Aufhebungsvertrag muss

- ▶ in Schriftform erfolgen
- ▶ von beiden Seiten unterschrieben werden
- ▶ ein konkretes Datum angegeben, zu dem der Arbeitsvertrag endet – sonst gilt der Aufhebungsvertrag ab sofort

Außerdem sollte er Regelungen zum Resturlaub, Sonderzahlungen sowie dem Arbeitszeugnis enthalten und auch gegebenenfalls Vereinbarungen über Abfindung und Freistellungen. Sind sich Praxisinhaber und Mitarbeiter bereits vor Gericht begegnet, ist es sinnvoll, eine Klagerücknahme festzuhalten.

Sperrzeit bei Arbeitslosengeld schwer zu umgehen

Nicht zu vergessen sind auch die Gründe, für die Beendigung des Arbeitsvertrags. Besonders, wenn der Mitarbeiter noch keine neue Stelle hat, ist hier Vorsicht geboten. Denn ist die Agentur für Arbeit der Ansicht, dass der Arbeitnehmer zu seiner Arbeitslosigkeit beigetragen hat, kann sie eine Sperrzeit verhängen und damit das Arbeitslosengeld erheblich kürzen. Da Mitarbeiter den Aufhebungsvertrag freiwillig unterschreiben, geht die Arbeitsagentur grundsätzlich von dieser Mitwirkung aus.

Eine Sperrzeit zu verhindern, ist schwierig. Es müssen dazu mindestens diese Voraussetzungen erfüllt sind: Die Abfindung darf nicht höher als ein halbes Bruttomonatsgehalt pro Beschäftigungsjahr sein und der Arbeitnehmer hat damit eine fristgemäße personen- (nicht verhaltens-)bedingte Kündigung ohne Entlassungsentschädigung zum gleichen Zeitpunkt vermieden. In der Begründung muss also stehen, dass der Praxisinhaber ihm ohne Auflösungsvertrag ohnehin zum gleichen Zeitpunkt gekündigt hätte. ■

[ym]



Nur noch wenige Krankenkassen bestehen auf dem Genehmigungsverfahren

Hier die aktuelle Liste der Krankenkassen, die bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf dem Genehmigungsverfahren bestehen mit einer Spalte für ärztliche und einer Spalte für zahnärztliche VO a. d. R. Bei der Angabe „Rückmeldung offen“ haben sich die betreffenden Kassen noch nicht geäußert, das bedeutet, ein Genehmigungsverfahren muss durchgeführt werden. Unter dem Namen der Krankenkassen findet sich die Faxnummer, bei der man eine Genehmigung beantragen kann. Krankenkassen müssen Anträge per Fax akzeptieren.

Name der Krankenkasse Faxnummer Web	Genehmigungsverfahren nach § 8 (4) Heilmittel-Richtlinie Ärzte	Genehmigungsverfahren nach § 7 (4) Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
AOK Bremen / Bremerhaven 0471 – 169 11 13	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
AOK Hessen Nur postalisch: Fachbereich Heilmittel Friedrichstrasse 34-36, 35683 Dillenburg	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, LY2, LY3, AT3, EX4; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	
AOK Nordost 0800 – 265 08 04 93 79	Genehmigungsverzicht bei Physiotherapie (außer KG-Gerät, KG-ZNS-Bobath und KG-Muko, KG-Bewegungsbad, D1); Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie (außer Gruppenbehandlungen)	
AOK Rheinland/Hamburg 0211 – 879 11 889	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie sowie Physiotherapie ZN1, AT3, EX4, LY2 und LY3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für Physiotherapie Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Logopädie
AOK Sachsen-Anhalt bit.ly/2mDra14	Genehmigungsverfahren unter bit.ly/2vXxK8u abrufbar	
BKK evm 0261 – 402 71 822	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Rückmeldung offen
BKK firmus 0421 – 643 44 51	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Rückmeldung offen
BKK GRILLO-WERKE AG 0202 – 555 75 37	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
BKK Pfalz 0621 – 68 55 95 59		Rückmeldung offen
BKK Rieker.Ricosta.Weisser 07461 – 966 46 48		Rückmeldung offen
BKK Wirtschaft und Finanzen 0234 – 479 19 99	Informationen und Ansprechpartner sind abrufbar unter: www.bkk-wf.de/leistung/wf/heil-und-hilfsmittel/	Informationen und Ansprechpartner sind abrufbar unter: www.bkk-wf.de/leistung/wf/heil-und-hilfsmittel/
BMW BKK 08731 – 762 99 55		Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
DAK Gesundheit 0421 – 427 085 70 30	Genehmigungsverfahren für Physiotherapieverordnungen von Ärzten der KV Bremen bei Versicherten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr, Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für alle übrigen Sachverhalte	
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE 0212 – 226 24 11		Rückmeldung offen
energie-BKK 0511 – 911 10 29 9		Rückmeldung offen
Hanseatische Krankenkasse 040 – 656 96 12 37		Rückmeldung offen
IKK gesund plus 0391 – 280 64 33 9	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie EX4, ZN1, ZN2, LY2, LY3, AT3; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie ZNZ2, LYZ2; Genehmigungsverfahren für alle übrigen Sachverhalte
IKK Nord 0461 – 811 92 40	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie, Genehmigungsverfahren für Logopädie und Ergotherapie	Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für Physiotherapie, Genehmigungsverfahren für Logopädie
Novitas BKK 0203 – 545 60 91 17	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte

Preisradar (diese neuen Vergütungslisten sind in Kraft getreten)

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Nordrhein	Logopädie	RVO	02.04.2018	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Bayern	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Berlin	Ergotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Berlin	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Brandenburg	Ergotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Brandenburg	Ergotherapie	IKK	01.04.2018	Verordnungsdatum
Brandenburg	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Brandenburg	Physiotherapie	IKK	01.04.2018	Verordnungsdatum
Bremen	Logopädie	RVO	01.04.2018	Letzter Behandlungstermin
Bremen	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Bund	Physiotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Bund	Physiotherapie	Pbeakk	01.04.2018	Verordnungsdatum
Hamburg	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Hessen	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Ergotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Neue Bundesländer	Podologie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Niedersachsen	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Nordrhein	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Rheinland-Pfalz	Ergotherapie	RVO	01.04.2018	Verordnungsdatum
Rheinland-Pfalz	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Saarland	Ergotherapie	RVO	01.04.2018	Verordnungsdatum
Saarland	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Sachsen	Ergotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Sachsen	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Sachsen-Anhalt	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Schleswig-Holstein	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Thüringen	Ergotherapie	vdek	01.04.2018	Verordnungsdatum
Thüringen	Ergotherapie	Knappschaft	01.04.2018	Verordnungsdatum
Thüringen	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Westfalen-Lippe	Logopädie	vdek	01.04.2018	Behandlungsdatum
Bremen	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Hamburg	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Physiotherapie	Knappschaft	01.03.2018	Behandlungsdatum
Niedersachsen	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Nordrhein-Westfalen	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Rheinland-Pfalz	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Saarland	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Sachsen-Anhalt	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Schleswig-Holstein	Ergotherapie	vdek	01.03.2018	Verordnungsdatum
Thüringen	Logopädie	Knappschaft	01.03.2018	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Ergotherapie	vdek	01.02.2018	Verordnungsdatum
Bayern	Ergotherapie	vdek	01.02.2018	Verordnungsdatum
Berlin	Logopädie	RVO	01.02.2018	Behandlungsdatum
Hessen	Ergotherapie	vdek	01.02.2018	Verordnungsdatum



Patienten wieder gehen lassen

Ergotherapie-Praxis arbeitet beim Prothesen- und Gehtraining mit Sanitätshaus zusammen

Der Ergotherapeut Thorsten Gierig hat sich darauf spezialisiert, Menschen mit Beinprothesen das Gehen wieder beizubringen. Dabei hilft ihm eine Kooperation mit einem Sanitätshaus, das sich direkt neben seiner Praxis niedergelassen hat.

Thorsten Gierig behandelt fast nur noch Amputationspatienten und berät andere Therapeuten in diesem Bereich

Es gibt Fälle von Patienten, die die Karriere von Therapeuten in neue Bahnen lenken können. So erging es dem Ergotherapeuten Thorsten Gierig im Jahr 2013. Ein Patient, der in seine Praxis kam, war an beiden Beinen amputiert, auf der einen ab dem Oberschenkel, auf der anderen ab dem Unterschenkel. In der Ergotherapie wollte er lernen, mit seinen Prothesen zu gehen. Doch der Mann hatte noch ein ganz anders Problem: Er wohnte alleine in seiner Wohnung, konnte mit seinem Rollstuhl nicht selbstständig ins Badezimmer und kam mit seinen zwei Prothesen nicht gut zurecht. Wenn er auf die Toilette musste und sich aus seinem Rollstuhl erhob, stürzte er fast jedes Mal.

Thorsten Gierig und seine Kollegen nahmen also kurzerhand die Tür zum Badezimmer aus dem Rahmen und stellten sie ins Schlafzimmer – das Problem war gelöst. Kurz darauf rief Klaus Schumacher, ein örtlicher Orthopädietechniker, bei Gierig an. Er hatte von der Geschichte gehört, war von der einfachen und doch kreativen Lösung begeistert und fragte den Ergotherapeuten, ob er sich vorstellen könnte, öfter einmal Patienten mit Prothesen zu behandeln.

Gierig fand das spannend. Er stimmte zu und begann, sich in der Prothetik weiterzubilden. „Ich kann ja nicht bei jedem Patienten eine Tür aushängen“, sagt der Therapeut. Also besuchte er Fortbildungen, unter anderem bei Firmen wie dem Hilfsmittel-Hersteller Otto Bock. Heute behandelt Gierig fast nur noch Amputationspatienten und berät andere Therapeuten in diesem Bereich. „Ich habe da wirklich das gefunden, was mich richtig glücklich macht“, sagt er.

Praxen in Dorsten und Herne

Seine Praxis „GK Ergotherapie vor Ort“ in Herne leitet der Ergotherapeut seit 2013 zusammen mit dem Betriebswirt Dirk Kilimann. Kilimann ist für den administrativen Bereich zuständig, Gierig hat die fachliche Leitung. Außerdem führt der Therapeut zusammen mit seiner Frau Carolin eine weitere Praxis innerhalb eines Rehasentrums in Dorsten. Die Praxen bieten das komplette Spektrum der Ergotherapie an. Carolin Gierig etwa macht vor allem Handtherapie im orthopädischen und chirurgischen Bereich, zudem kommen viele Patienten mit neurologischen Beschwerden. Der Praxisinhaber selbst kümmert sich mittlerweile hauptsächlich um die Geh- und Prothesenschule, die zum Aushängeschild der Praxis geworden ist.



Patienten lernen, mit Prothesen umzugehen

Zunächst lernen die Patienten in einem Prothesentraining ihr künstliches Gelenk besser kennen. „Bei den Kniegelenken gibt es alles, vom einfachen Scharniergelenk bis zur Mikroprozessor-gestützten Prothese“, berichtet Gierig. Deswegen klärt er mit den Patienten einige Fragen: Welche Prothese passt zu meinen Fähigkeiten und Ansprüchen? Welche Möglichkeiten habe ich, an eine andere Prothese zu kommen? Wie kann ich mit dieser Prothese gehen? Welche Art zu gehen lässt sie zu, ohne dass ich ständig stürze? Daraufhin übt der Ergotherapeut mit den Patienten den Umgang mit der Prothese, trainiert Muskeln und Koordination.

Therapeuten und Orthopädietechniker lernen voneinander

Dabei spielt auch die Kooperation mit Klaus Schumacher und seinem Kollegen Mario Pezer eine Rolle. Die Orthopädietechniker haben direkt neben Gierigs Praxis ein Sanitätshaus eröffnet. „Wir haben viel voneinander gelernt und so wurde die Sache immer runder und runder“, sagt Gierig.

Das sprach sich auch herum und es kamen immer mehr Prothesen-Patienten in die Praxis. Diese Patienten bräuchten dem Therapeuten zufolge eine besonders intensive Versorgung. „Wenn man sein Bein verliert, verliert man es zu 97 Prozent wegen einer Verschlusserkrankung – das Bein, das verbleibt, ist also auch kein gesundes Bein“, erklärt er. „Dazu kommt normalerweise ein langer Leidensweg.“

es meist Tage, wenn nicht Wochen, und manchmal finden Therapeuten und Orthopädietechniker nicht allzu gut zueinander“, berichtet Gierig.

Kommen bei Gierigs Patienten Probleme mit einer Prothese zur Sprache, hilft die räumliche Nähe zum Sanitätshaus: Die Therapeuten holen einen Orthopädietechniker von nebenan. Der schaut sich das Problem an und überlegt, ob sich an der Prothese etwas ändern ließe – was dann auch, je nach Maßnahme, innerhalb von wenigen Minuten, Stunden oder Tagen erledigt ist. „Wir arbeiten interdisziplinär, ohne dass irgendjemand der Meinung ist, er sei der hochgestellte und alle anderen müssten zuarbeiten“, so der Ergotherapeut.

Der Branche fehlt das Know-how zu Prothesen

Thorsten Gierig erinnert sich etwa an einen Patienten, der sich trotz Unterarmstütze nur mit steifem Bein fortbewegen konnte – obwohl er seine Knieprothese schon vor zwei Jahren erhalten hatte. Der Ergotherapeut dachte zunächst, der Mann trage vermutlich eine steife Prothese. Doch als der Patient seine Hose hochkramelte, sah Gierig ein Mikroprozessor-gesteuertes Kniegelenk, das ein absolut physiologisches Gangbild erlaubt. Es stellte sich heraus: Niemand hatte dem Mann wirklich erklärt, wie seine Prothese funktioniert und dass er sich Hilfe dabei holen kann, das Gehen wieder zu erlernen. „Heute hat dieser Mensch eine sehr passende Prothese, ein relativ gutes Gangbild, kann sich ohne Hilfsmittel bewegen und wieder Fahrrad fahren“, berichtet Gierig.



Direkte Kommunikation bringt Vorteile für Patienten

Normalerweise sei es zudem ein recht langwieriges Prozedere, als Therapeut Kontakt zu einem Sanitätshaus aufzunehmen und zum Beispiel zu erklären, dass die Prothese nicht so passt, wie sie passen könnte. „Bis da ein Gespräch zustande kommt, dauert

Dieser Fall sei natürlich nicht die Regel. Normalerweise würden Sanitätshäuser die Funktionsweise der Prothesen erklären. Ein Problem sei aber, dass es einfach auf allen Seiten zu wenige Leute gebe, die sich mit dem Gehen auskennen. Auch vielen Therapeuten fehle das nötige Know-how. „Es spielt sowohl in



Die Internetseite „RESTART“, von Gierig und seinem Co-Chef Kilimann entwickelt, soll ein Netzwerk knüpfen zwischen Therapeuten und Sanitätshäusern

der schulischen als auch in der akademischen Ausbildung nur eine ganz kleine Rolle, Menschen mit einer Prothese wieder ins Gehen zu bringen“, sagt Gierig. „Diese Menschen sind vom Gesundheitswesen ziemlich alleingelassen mit ihren sehr schwerwiegenden Problemen.“

Website „Restart“ knüpft Netzwerk

Natürlich arbeitet Gierigs Praxis auch mit anderen Sanitätshäusern zusammen und Schuhmacher und Pezer kooperieren mit anderen Therapeuten. Um die Kooperation zwischen den Berufen generell zu verbessern, haben Gierig und sein Co-Chef Dirk Kilimann unter dem Label Restart eine Internetseite ins Leben gerufen. Ein Netzwerk soll entstehen, durch das Patienten relativ schnell nach ihrer Operation vom Sanitätshaus versorgt werden und dann direkt mit der Gehschule in einer Therapiepraxis beginnen können.

Ehrenamtliche Berater nehmen den Patienten Ängste

Außerdem haben die Therapeuten und Orthopädietechniker gemeinsam ein Netzwerk aus ehrenamtlichen Beratern für die Patienten aufgebaut.

„Das sind Menschen, die bereits amputiert sind, die viele gute und schlechte Sachen erlebt haben. Sie kommen mittlerweile mit ihrer Prothese zurecht, haben viel Lebensqualität zurückgewonnen und sind sehr positiv eingestellt“, sagt Gierig. „Wenn andere Patienten das wünschen, fahren sie zum Beispiel ins Krankenhaus, bereiten sie auf die Operation vor, beantworten Fragen.“

So könnten sie Menschen, die gerade amputiert wurden oder deren Amputation bald bevorsteht, viele Ängste nehmen – und ihnen das Gefühl vermitteln, eben nicht mit ihren Problemen alleingelassen zu werden. ■

[mk]

Steckbrief

Thorsten Gierig absolvierte nach Abitur und Bundeswehr ein Grundstudium in Volkswirtschaft und war dann zunächst im Tief- und Landschaftsbau sowie Aquarienbau tätig. Anschließend machte er eine Ausbildung zum Radio- und Fernsehtechniker und war zwölf Jahre lang in dem Beruf tätig. Aufgrund einer Wirbelsäulenerkrankung musste er umschulen – und wurde Ergotherapeut. 2006 war er mit seiner Ausbildung fertig. Zunächst arbeitete er als Ergotherapeut in der Pädiatrie, bis er im Februar 2010 seine Praxis in Dorsten und 2013 in Herne gründete.



GK Ergotherapie vor Ort

Edmund-Weber-Straße 200
44651 Herne
Telefon 02325 642 7 580
info@ergo-vor-ort.de
www.ergo-vor-ort.de
www.restart.fitness

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

Chef vom Dienst
Ulrike Stanitzke

Autoren
Karina Lübbe (kl), Yvonne Millar (ym)
Katharina Münster (km), Kea Antes (ka),
Katrin Schwabe-Fleitmann (ks)
Ralf Buchner (bu), Jenny Lazinka (jl),
Moritz Kohl (mk), Angelika Schulz (as)

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



Anzeigen
medien@buchner.de

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: 41.000 Exemplare
Druck: Eversfrank Preetz



Bildnachweise
Titel | iStock: decisiveimages; Manuel Geiger [3], Oliver Braasch [10-12], Sandra Seifen [24], Gierig [5, 47, 49]; iStock: alvarez [4], South_agency, Issaurinko [5], starfotograf, yulkapopkova [6], Lalocracio, MichellePatrickPhotographyLLC [7], MaxRiesgo [15], FikMik [16], Vaselena [17], mattjeacock [18], gopixa [19], precismarketing [20], Ekaterina79 [22], Devrimb [23], Rawpixel [25], OSTILL [26], f9photos [32], MichaelSvoboda [35], RapidEye [36], Chirurg [37], Slphotography [39], Monkey Business [40], YinYang pixdeluxe [42], djiledesign, Ridofranz [43], Horsche [46], MichaelSvoboda [48]

Passwort für www.up-aktuell.de:
m a c h t



Kurz vor Schluss

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns fordert Richtigstellung!

von Ralf Buchner

Die KZV Bayerns hat sich bei uns gemeldet und sich darüber beschwert, dass wir im Sommer 2017 fälschlicherweise behauptet hätten, „dass aufgrund fehlender Budgetierung hinsichtlich der Heilmittelausgaben, Zahnärzte bei der Verordnung von Heilmitteln nur vor Formfehlern Angst haben sollten.“

Und deswegen fordert Nikolai Schediwy, Syndikusrechtsanwalt der KZV Bayerns uns auf, „zukünftig solche die Zahnärzte betreffenden irreführenden Informationen zu unterlassen und die Angaben richtig zu stellen.“ Was wir natürlich gern machen!

Richtigstellung

für die Kassenzahnärzte in Bayern

Liebe bayerische Kassenzahnärzte,

es tut uns wirklich sehr leid, dass Ihre Kassenzahnärztliche Vereinigung so ein Theater bezüglich der Wirtschaftlichkeit von Heilmittelverordnungen macht. Deswegen würden wir Ihnen gern noch einmal bestätigen, was Ihre Therapeuten Ihnen bestimmt schon gesagt haben:

1. Verordnen Sie nur Heilmittel, wenn dafür die medizinische Notwendigkeit vorliegt. Was Heilmittel konkret bewirken können, kann Ihnen Ihr Heilmittel-Erbringer erläutern.
2. Für Zahnärzte gibt es keine Heilmittel-Budgets. Deswegen kann man auch nicht für die Überschreitung solcher Budgets in Regress genommen werden. Das ist doch schon mal gut.
3. Für Zahnärzte gibt es keine Richtgrößen und Prüfungen nach Durchschnittswerten. Das ist doch noch besser.
4. „Zahnärzte“, so die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, „können nur dann in einen Regress geraten, wenn sie die Heilmittel-Richtlinie falsch auslegen, also Formfehler begehen.“ Auf Formfehler machen die Heilmittelerbringer Sie natürlich aufmerksam. Und das ist am allerbesten.

Fazit: Auch in Bayern können Zahnärzte Heilmittel immer dann verordnen, wenn es dafür eine Indikation gem. HeilM-RL ZÄ gibt und die formalen Vorgaben eingehalten werden.

Vielen Dank, liebe KZV Bayerns, dass wir das hiermit noch einmal richtigstellen durften!

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
Photokolle

Wochenendblöcke in Berlin

Teil 1: 25.05. – 27.05.2018

Teil 2: 29.06. – 01.07.2018

Teil 3: 21.09. – 23.09.2018

Teil 4: 16.11. – 18.11.2018

Teil 5: 01.02. – 03.02.2019

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

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSKURS

POSITIVE PSYCHOLOGIE

Level 1: incl. Certified Professional DACH-PP
150 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

Die wirksame Behandlung von Patienten macht viel Freude und erfordert gleichzeitig ein hohes Maß an Konzentration und Aufmerksamkeit. Hinzu kommen weitere Aufgaben des Alltags (z. B.: Bürokratie und Gespräche mit Mitarbeitern und Angehörigen...). Das erfordert auf Dauer einen guten Umgang mit sich selbst, um langfristig die Freude am Beruf zu erhalten!

Hier setzt die Positive Psychologie an. Sie untersucht wissenschaftlich, was zu persönlichem Wachstum, gelungenen Beziehungen, nachhaltiger Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Glück führt.

Diese Methoden verbessern bewiesenermaßen die Resilienz und die persönlichen Fähigkeiten zur Stressbewältigung und sind gerade in menschlich anspruchsvollen beruflichen Feldern hoch effizient.

In dieser Ausbildung lernen Sie, diese nachweislich wirksamen Methoden der Positiven Psychologie für sich, Ihr Team und Ihre Patienten direkt einzusetzen.



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

der Steinbeis-Hochschule Berlin SHB

Boumannstraße 32

13467 Berlin

Telefon 030 36430590



Datenschutz – hab' ich selbst im Griff

Das Datenschutzhandbuch – Ihr persönlicher
Leitfaden für die Praxis

Im Gesundheitswesen verstößt kaum jemand absichtlich gegen den Datenschutz. Doch Nachlässigkeit schützt nicht vor Strafe. Das Datenschutzhandbuch ist die sichere Grundlage bei der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen.

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

buchner

Buchner & Partner GmbH · Zum Kesselort 53 · 24149 Kiel · www.buchner.de