

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen



Exklusiv für Abonnenten:

Praxis-Planungsposter (siehe Seite 30)
liegt der Dezember-Ausgabe bei.
Sonst einfach bestellen unter

buchner.de

Digitale Versorgung-Gesetz: Viele Chancen und wenig Pflichten für Heilmittelerbringer

Fachkräfte-Entgelte: Mit angemessenen Gehaltsmodellen Abwanderung in den öffentlichen Dienst verhindern

100 Kilometer zum nächsten Therapeuten: Mukoviszidose Therapie dringend benötigt, aber oft nicht rentabel

Für eine Urlaubssperre gelten hohe Hürden: Chef muss gute betriebliche oder soziale Gründe für das Verbot nennen

Gute Software muss nicht teuer sein

Perfekt für kleine Praxen bis drei Mitarbeiter und Existenzgründer

Keine Investitionskosten, kleine monatliche Preise, entwickelt von Therapeuten für Therapeuten

- ✓ Praxisorganisation, Terminplanung und Dokumentation ganz nach Bedarf
- ✓ Datensicherheit durch automatische Datenspeicherung in der Cloud
- ✓ Mit automatischen Updates immer aktuell
- ✓ Telefonischer Support bei allen Fragen rund um die Software

Jetzt Termin vereinbaren unter:

0800 00 00 770

oder besuchen Sie uns unter:

www.buchner.de/starten



buchner



Willkommen in der Zukunft

Bitte mitrappen:

DVG, Bundestag und Bundesrat

Datenschutz, Datenaustausch per ePA

GKV, BMG und BÄK

BSI, Jens G. Spahn, wer hat 'nen Plan?

QES, MobKT, BSOD

parallel, SMC-B, ojemine

VPN, Internet und Datenstau

PVS, Firewall, droht Datenklau?

Mussten die Fantastischen Vier für ihren Hit MfG – Mit freundlichen Grüßen noch das gesamte Spektrum des Abkürzungsirrsinns von AKW bis ZDF heranziehen, ließe sich heute wohl allein aus DVG und TI, Entschuldigung, aus dem Digitale Versorgung-Gesetz und der Telematikinfrastruktur, ein ganzes Album füllen.

Doch selbst wer weiß, was die Abkürzungen heißen, kennt noch lange nicht ihre Bedeutung. Darum haben wir dem Thema zum Jahresende einen Schwerpunkt gewidmet. Dabei gehen wir natürlich über Begriffsklärungen hinaus und schauen einmal genauer, welche Änderungen DVG und TI mit sich bringen – und was die fortschreitende Digitalisierung für Therapeuten bedeutet. Die gute Nachricht vorweg: Heilmittelerbringer können sich erst einmal zurücklehnen und schauen, wie Ärzte und Co. mit ihrer Anbindung an die TI zurechtkommen, und sich dann 2021 entscheiden, ob sie sich freiwillig anschließen lassen möchten. Zumindest, wenn sie Physiotherapeuten sind. Für alle anderen hat Spahn noch einen keinen Plan.

*Genießen Sie die Weihnachtszeit und haben Sie einen erfolgreichen Dezember.
Mit den besten Grüßen **Yvonne Millar**, Redakteurin*

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

... ist ein Interview mit Dr. Roy Kühne, MdB und Physiotherapeut, zur Problematik, dass immer mehr angestellte Therapeuten von der ambulanten Praxis in die Krankenhäuser abwandern.

... ist die Frage, ob Praxisinhaber Urlaubswünsche ihrer Angestellten ablehnen dürfen, wenn diese nicht in die Planung passen, und welche Voraussetzungen dann erfüllt sein müssen.

... ist ein Konzept zur Behandlung myofaszialer Störungen, das eine Physiotherapeutin entwickelt hat, um ihre Patienten wieder „ins Lot“ zu bringen und von Schmerzen zu befreien.

Das Team von up wünscht allen Leser frohe Weihnachten und einen guten Start ins neue Jahr 2020. Wir werden weiterhin die harten Nüsse der Gesundheitspolitik für Sie knacken.



Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Post
Zum Kesselort 53
24149 Kiel



Netz
www.up-aktuell.de



Instagram
upaktuell

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.



10

Was ist eine angemessene Bezahlung?
Das richtige Entgelt finden

Schwerpunkt | Digitale Versorgung-Gesetz
01 | Digitale Versorgung-Gesetz: Das steht drin
02 | Meinungsbild zum DVG
03 | Telematikinfrastruktur: Darum geht's
04 | Interview mit Dr. Ulf Maywald, AOK PLUS
05 | Sorgenkind Datenschutz



18

42



100 Kilometer zum nächsten
Therapeuten Atemphysiothera-
pie bei Mukoviszidose



34 Für eine Urlaubssperre gelten hohe Hürden **Chef muss gute betriebliche oder soziale Gründe nennen**



46

KLINEA bringt Menschen wieder ins Lot
Physiotherapeutin behandelt erfolgreich myofasziale Störungen

In der up

- 03 Editorial | Willkommen in der Zukunft
- 06 Hausbesuch
- 08 Branchennews
- 10 Was ist eine angemessene Bezahlung?
Das richtige Entgelt finden
- 12 Gehälter für Therapeuten | Heilmittelbranche in Zahlen
- 14 Interview mit Dr. Roy Kühne, MdB, CDU
„Ausgebildete Physiotherapeuten wandern zunehmend ab in Krankenhäuser, die nach Tarif zahlen.“
- 16 Das Zepter endlich selbst in die Hand nehmen
Warum nicht ein Tarifvertrag für angestellte Therapeuten?
- 18 Schwerpunkt | Digitale Versorgung-Gesetz
 - 01 | Digitale Versorgung-Gesetz: Das steht drin
 - 02 | Meinungsbild zum DVG
 - 03 | Telematikinfrastruktur: Darum geht's
 - 04 | Interview mit Dr. Ulf Maywald, AOK PLUS
 - 05 | Sorgenkind Datenschutz
- 30 Praxis-Planungsposter So macht Planung Spaß!
- 32 Arztbesuch während der Arbeitszeit
Was ist erlaubt, was nicht?
- 33 Digitale Versorgung-Gesetz-(DVG) – Überfällige Modernisierung? Antworten von Niels Köhler, externer Datenschutzbeauftragter für Praxen in der therapie.cloud
- 34 Für eine Urlaubssperre gelten hohe Hürden
Chef muss gute betriebliche oder soziale Gründe nennen
- 36 BSG: Kassen dürfen Extras nicht als Wahltarife anbieten
Urteil: Betriebliche Pkw-Nutzung sorgfältig dokumentieren
- 38 Unerwünschter Namensvetter
Wie Sie bei einer Markenrechtsverletzung richtig handeln
- 40 Genehmigungsverzicht
- 42 100 Kilometer zum nächsten Therapeuten
Atemphysiotherapie bei Mukoviszidose
- 44 Interview mit Stephan Kruij, Bundesvorsitzender des Mukoviszidose e. V. „Die Weichen für eine bessere Versorgung von Mukoviszidose-Patienten sind gestellt.“
- 46 KLINEA bringt Menschen wieder ins Lot Physiotherapeutin behandelt erfolgreich myofasziale Störungen
- 50 Impressum
Kurz vor Schluss



Hausbesuch

bei Wunderlich Physiotherapie
www.wunderlich-physio.de

Herzstück: Trainings- und Krafraum

Grün [1] – eine Farbe, die sich durch die ganze Physiotherapiepraxis von Christian Wunderlich zieht. Auch im modernen, hellen medizinischen Trainings- und Krafraum [2] sind die farblichen Akzente zu finden. Die grün abgesetzten Deckenleuchten [3] und die gestreiften, semi-transparenten Rollos [4] bilden einen angenehmen Kontrast zum dunkelbraunen Boden in Holzoptik und den weißen Wänden. Ob am Schlingentrainer [5], an einem der computergestützten Trainingsgeräte [6] oder mit Hilfe des eigenen Körpergewichts [7]: Angeleitet und



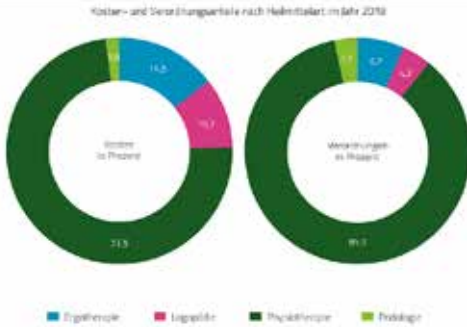
unterstützt von den Physiotherapeuten der Praxis, trainieren die Patienten ganz gezielt die Bereiche, die ihnen körperliche Beschwerden bereiten – ganz nach dem Motto “Jetzt stark werden & bleiben“ [8].

Schwerpunkt: Kopf- und Kiefertherapie

Christian Wunderlich und sein Team haben sich auf den Bereich Kopf- und Kiefertherapie spezialisiert – die erste Praxis dieser Art in Kiel. Sie behandeln schwerpunktmäßig kranioandibuläre Dysfunktionen (CMD), spezielle Formen der Sehstörung,

Schluckstörungen bis hin zu Hörstörungen sowie Tinnitus. Als manualtherapeutische Praxis beziehen die Therapeuten den ganzen Körper, insbesondere die Wirbelsäule, in die Untersuchung und Behandlung ein. Ergänzend dazu bietet das Team in ihrem Trainings- und Krafraum ein individuelles 60 Minuten Training für alle diejenigen an, die körperlichen Leiden vorbeugen und die allgemeine Fitness verbessern möchten – angeleitet und betreut durch einen Physiotherapeuten.

BARMER gibt deutlich mehr Geld für Physiotherapie aus



Die Krankenkasse BARMER hat im vergangenen Jahr deutlich mehr Geld für Heilmittel bezahlt – vor allem für Physiotherapie. 2018 kletterten die Ausgaben für Heilmittel laut aktuellem Heil- und Hilfsmittelreport „sprunghaft“ um 14 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das entspricht Mehrausgaben von 120 Millionen Euro, gab die gesetzliche Krankenversicherung mit derzeit 9,1 Millionen

Versicherten kürzlich bekannt. Insgesamt zahlte die Barmer 976 Millionen Euro für Heilmittel. Die Ausgabenzuwächse seien eine „direkte Folge vor allem des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes“. Dem Report zufolge ist die Physiotherapie unter den Heilmitteln der mit Abstand größte Kostenblock. Sie machte im vergangenen Jahr 73,5 Prozent aller Heilmittelausgaben aus. Mit deutlichem Abstand folgen die Ergotherapie mit 6,7 Prozent, die Logopädie mit 4,3 Prozent und die Podologie mit 3,2 Prozent der Ausgaben. Rund jeder fünfte BARMER-Versicherte (21,3 Prozent) nahm Heilmittel in Anspruch, rund jeder vierte Hilfsmittel (25,8 Prozent).

mehr: www.barmer.de Suchbegriff: Heil- und Hilfsmittelreport 2019



GKV-Zusatzbeitrag steigt 2020 auf 1,1 Prozent

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird im nächsten Jahr um 0,2 Prozent auf 1,1 Prozent steigen. Das gab das Bundesministerium für Gesundheit kürzlich bekannt. Gewollte Verbesserungen in der Versorgung und medizinischer Fortschritt ließen die Ausgaben stärker steigen als die Einnahmen, heißt es in der Mitteilung des Ministeriums. Vor dem Hintergrund einer sich abschwächenden Konjunkturlage sei es daher angezeigt, den durchschnittlichen Beitragssatz anzuheben, um die zu erwartenden Ausgaben zu finanzieren. Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragsatz einer Krankenkasse für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Krankenkasse selbst fest. Aufgrund der hohen Rücklagen vieler Krankenkasse, werden die Beiträge für viele Versicherten 2020 gleichbleiben oder sogar sinken, meint Bundesgesundheitsminister Spahn.

Bundesregierung prüft härtere Vorschriften für Heilpraktiker

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erwägt offenbar einschneidende Veränderungen beim Heilpraktiker-Beruf – inklusive einer möglichen Abschaffung des Berufsstandes. Das berichtete das ARD-Magazin „Panorama“ in Zusammenarbeit mit dem Onlinemagazin „MedWatch“. Das Ministerium hat eine Ausschreibung für ein Rechtsgutachten veröffentlicht, das mögliche Optionen ausloten soll.

Das Gutachten soll „insbesondere klären, ob und welchen rechtlichen Gestaltungsspielraum der Bundesgesetzgeber im Falle einer Reform des Heilpraktikerrechts zur Stärkung der Patientensicherheit hätte“, heißt es dort. Die Bundesregierung will nun klären lassen, ob sich eine einheitliche Heilpraktikerausbildung an der Medizinerbildung orientieren soll und ob Heilpraktiker von der Behandlung weiterer Krankheiten ausgeschlossen werden können. Ferner soll geprüft werden, ob es „alternativ zu



einer Regelung die grundsätzliche Möglichkeit gibt, den Heilpraktikerberuf in Zukunft entfallen zu lassen“, heißt es in der Leistungsbeschreibung zum Rechtsgutachten.

Bislang regelt das Heilpraktikergesetz von 1939 die Vorgaben für den Beruf. Größere Änderungen oder gar die Verabschiedung eines neuen Gesetzes sind bislang gescheitert. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts arbeiten in Deutschland rund 45.000 Heilpraktiker.

Der digitale Gesundheitsmarkt in Europa wächst – radikaler als erwartet

Der Markt für digitale Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen wächst schneller als erwartet: Bis zum Jahr 2025 wird das europaweite Marktvolumen bei etwa 155 Milliarden Euro liegen - davon bis zu 38 Milliarden Euro in Deutschland. Dabei werde der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) eine große Rolle spielen. Das ist das Ergebnis der aktuellen Studie der Unternehmensberatung Roland Berger „Future of Health“. Für die Studie wurden 400 internationale Experten des Gesundheitswesens befragt. Den größten Wachstumsschub erwarten die Befragten durch die digitale

Krankheitsprävention und die KI-Diagnostik, gefolgt von KI-basierten Therapieentscheidungen und digitalen Therapien. „Die von uns befragten Experten gehen davon aus, dass in sechs Jahren bereits ein Fünftel der ärztlichen Leistungen durch KI abgedeckt sein könnte“, sagt Karsten Neumann, Partner von Roland Berger. Diese rasante Entwicklung werde alle Marktakteure, Patienten, Ärzte, Krankenhäuser, Versicherungen und Pharmaunternehmen zum Umdenken zwingen, so Neumann weiter.

mehr: <https://tinyurl.com/tqmzso3>

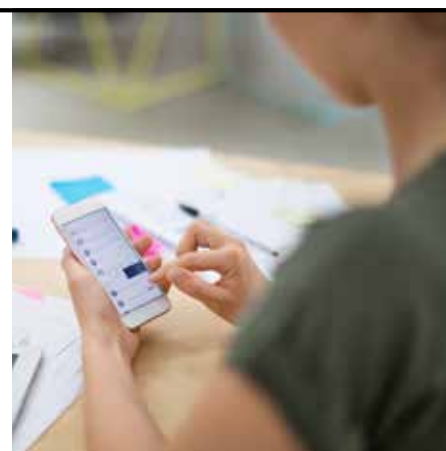


Sprachtherapeutische App „LogoLeon“ gewinnt Auszeichnung

Die logopädische App „LogoLeon“ gehört zu den zehn Preisträgern der Auszeichnung IDEENSTARK der Medien- und Filmgesellschaft (MFG) Baden-Württemberg. Die Therapie-App für Kinder ab vier Jahren wurde gemeinsam von einer Logopädin, einem Gamedesigner und einem Computerlinguisten entwickelt. In der App lernen die Kinder mit dem Chamäleon Leon viel über ihren Mund und fördern mit interaktiven Spielen die

gesunde Entwicklung des Mundes. Kinder und Eltern erfahren mehr über den Mund und können besser verstehen, was im Mund passiert.

Die Auszeichnung IDEENSTARK der MFG Baden-Württemberg wurde bereits zum dritten Mal verliehen. Sie wird unterstützt durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg.



VAMOS-Studie: Modellstudiengänge in Regelbetrieb überführen

Die Modellstudiengänge für Gesundheitsberufe haben die Erwartungen erfüllt. Vier von fünf Bachelorabsolventen sind im Anschluss in der patientennahen Versorgung tätig. Das ist ein Ergebnis der Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen („VAMOS-Studie“). Die Modellstudiengänge bereiteten die Absolventen adäquat auf die Berufspraxis vor, so das Fazit der Autoren. Daher empfehlen sie, die erprobten Studiengänge in den Regelbetrieb zu überführen. Mehr als die Hälfte der Absolventen arbeiten als Beschäftigte in ambulanten Therapiepraxen. In der Logopädie sind

es sogar 61 Prozent, in der Ergotherapie 50 und in der Physiotherapie 47 Prozent. Das Krankenhaus sei bei Therapeuten nur das zweithäufigste Arbeitsfeld. Fast zwei Drittel der Absolventen seien mit ihrer Erwerbstätigkeit sehr zufrieden, allerdings hielten ebenfalls zwei Drittel ihr Gehalt für nicht angemessen. Für die Studie waren von Juli 2017 bis Ende Juni 2019 515 Absolventen sowie 109 Arbeitgeber aus ausbildungsintegrierenden Modellstudiengängen in NRW online befragt worden. Das Projekt wurde vom Gesundheitsministerium mit 490.000 Euro gefördert.

mehr: <http://url.nrw/vamos2019>



Was ist eine angemessene Bezahlung?

Das richtige Entgelt finden



Therapeuten gehören immer noch zu den am schlechtesten bezahlten Gesundheitsfachberufen. Um den dadurch verursachten Fachkräftemangel zu beheben, hat der Gesetzgeber sich um die Anhebung der GKV-Honorare für Heilmitteltherapie gekümmert, zuletzt durch Einführung der bundeseinheitlichen Höchstpreise. Damit sind die Erwartungen bei allen Beteiligten geweckt. Doch was macht das „richtige“ Gehalt aus? Und wie stellt man Entgeltgerechtigkeit in der Praxis her?

Jetzt hat die Diskussion begonnen: Wie viel Entgelt (Gehalt) zahle ich meinen therapeutischen Mitarbeitern für ihre Arbeit? Diese Frage stellen sich nicht nur Praxisinhaber, sondern auch die Mitarbeiter, die nach Umsetzung der bundeseinheitlichen Höchstpreise jetzt „etwas vom Kuchen abhaben möchten“.

- ▶ **Praxisinhaber:** Höhere Honorare ermöglichen angemessene Gewinne. Endlich gibt es die Chance, auch als Praxisinhaber Altersrücklagen bilden zu können
- ▶ **Angestellte Therapeuten:** Höhere Honorare sorgen für eine angemessene Bezahlung. Endlich haben die Chefs genug Geld, um Angestellte so zu bezahlen, wie es auch in stationären Einrichtungen möglich ist

Die Zielsetzung von Praxisinhabern bei der Vergütung ihrer Mitarbeiter ist meistens ziemlich klar: Einerseits soll so viel Vergütung gezahlt werden, wie notwendig ist, um Fachkräfte zu gewinnen und möglichst dauerhaft zu halten. Andererseits soll die Vergütung nicht so hoch sein, dass für notwendige Rücklagen der Praxis und den Gewinn nichts mehr übrigbleibt. Und auch noch so hohe Vergütungen können fehlende Führung der Praxischefs nicht ersetzen.

Gleiches Gehalt für alle?

Fast jeder Praxischef hat schon einmal erlebt, was passiert, wenn man Gehälter zahlt, ohne zu berücksichtigen, was die Kollegen innerhalb der eigenen Praxis erhalten. Um neue Kollegen für die Praxis zu gewinnen, zahlt man höhere Einstiegsgehälter und vergisst, dass langjährige Kollegen schlechter bezahlt werden. Irgendwann reden die Mitarbeiter untereinander über ihre Gehälter, und dann steht das Thema Entgeltgerechtigkeit im Raum, das für die Arbeitszufriedenheit innerhalb der Praxis wichtig ist. Studien zeigen, dass weniger die absolute Höhe des Gehaltes über die Zufriedenheit eines Mitarbeiters entscheidet, als der Vergleich mit gleichrangigen Kollegen, die besser bezahlt werden.

Rahmenbedingungen für Entgelte

Vier Faktoren beeinflussen die Höhe der Gehälter von Therapeuten in Heilmittelpraxen:

▶ Anforderungsprofil

Die Höhe eines Grundentgelts wird in der Regel nach den Anforderungen der jeweiligen Stelle bemessen. Das können fachliche Qualifikationen sein, zum Beispiel Zertifikatsfortbildungen, die man höherwertig abrechnen kann oder soziale Qualifikation,

zum Beispiel Führungsfähigkeit oder die Zulassungsfähigkeit für die fachliche Leitung der Praxis. In Tarifverträgen gibt es meistens mehrere Entgeltgruppen, die die unterschiedlichen Anforderungen an die Stelleninhaber abbilden. Mitarbeiter haben also die Möglichkeit, über höhere Qualifikation mehr Anforderungen abzudecken und dadurch ein höheres Grundgehalt zu erhalten, vorausgesetzt, es gibt eine entsprechende Stelle der Praxis.

► Individuelle Umsetzung

Auch Mitarbeiter, an die man identische Anforderungen hat, die also derselben Entgeltgruppe zugeordnet werden, arbeiten unterschiedlich gut. Das hat damit zu tun, dass manche Mitarbeiter in der Lage sind, die erwarteten Anforderungen hervorragend umzusetzen (z. B. gute Auslastung, wenig Abbrüche), andere dagegen weniger gut. Deswegen gibt es in der Entgeltgruppe mehrere Entgeltstufen. Im öffentlichen Dienst steigt man automatisch mit der Anzahl der Berufsjahre von Stufe zu Stufe auf, in der ambulanten Praxis würde man das vermutlich etwas mehr an der Leistungsfähigkeit des jeweiligen Stelleninhabers bemessen. Mitarbeiter haben also die Möglichkeit durch bessere Anwendung ihrer Fähigkeiten innerhalb ihrer Entgeltgruppe aufzusteigen, und dadurch ein besseres Gehalt zu erhalten.

► Marktbedingungen

Der Markt für Fachkräfte ist gerade leergefegt. Das führt dazu, dass die Fachkräfte höhere Gehälter fordern. An Orten, an denen die Lebenshaltungskosten besonders hoch sind (zum Beispiel München) werden diese Forderungen noch höher sein. Geringere Nachfrage nach Fachkräften wird dazu führen, dass die Entwicklung der Gehälter stagniert. In der Praxis wird man die Beträge der Entgeltgruppen regelmäßig auf Markttauglichkeit überprüfen (zum Beispiel einmal im Jahr) und möglicherweise anpassen. Damit erreicht man Entgeltgerechtigkeit, denn von solchen Anpassungen profitieren auch die Mitarbeiter, die schon länger dabei sind.

► Kaufkraft

Für Mitarbeiter ist es wichtig, dass ihr Einkommen nicht weniger wert wird. Schnell ansteigende Mieten können manchen Gegen den dafür sorgen, dass Mitarbeiter weniger Geld zur Verfügung haben als noch vor zwei Jahren. Grundsätzlich kann die Entwicklung der Kaufkraft über die Inflationsrate abgebildet werden. Soll bedeuten, dass man die Entgelte seiner Mitarbeiter automatisch, zum Beispiel jährlich um die Inflationsrate erhöht. Damit müssten Mitarbeiter bei Gehaltsgesprächen nicht mehr über Inflationsrate diskutieren und Chefs könnten sich darauf konzentrieren, über die Arbeitsergebnisse des Mitarbeiters zu reden.

Natürlich ist utopisch anzunehmen, dass jede ambulante Praxis einen Mini-Haustarif erarbeitet. Aber grundsätzlich ist die Idee einer strukturierten Gehaltsfindung gut dazu geeignet, Entgeltgerechtigkeit innerhalb der Praxis herzustellen und Gehaltsgespräche einfacher führen zu können. Das Gefühl vieler angestellter Therapeuten und auch Praxisinhaber, dass Gehälter „gewürfelt“ werden, würde damit wegfallen, eine Konzentration auf Arbeitsergebnisse versachlicht und Mitarbeitergespräche vereinfacht. ■ [bu]

Krankenkassen planen Eingriff in die Tarifautonomie

Der GKV-Spitzenverband hat den Heilmittelverbänden einen ersten Entwurf für die neuen bundeseinheitlichen Rahmenverträge zukommen lassen. Dort gibt es auch einen Passus, der die Praxisinhaber verpflichten soll, Vergütungserhöhungen der GKV an die angestellten Mitarbeiter weiterzugeben:

„Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.“

Die Kassen vertrauen also nicht darauf, dass Angebot und Nachfrage auf dem Therapeutenmarkt ausreichen, um angemessene Gehälter für Therapeuten zu erhalten, sondern versuchen mit planwirtschaftlichen Ansätzen in die Tarifautonomie der Praxisinhaber einzugreifen!

So lieber nicht!

Hin und wieder kursieren Vorschläge im Netz, man möge das Bruttogehalt eines Angestellten als prozentualen Anteil seines Umsatzes kalkulieren. Wer das so macht, kalkuliert Ungerechtigkeit mit ein. Denn ein besser qualifizierter Lymphdrainage-therapeut macht weniger Umsatz – und verdient weniger – als ein normaler Physiotherapeut. Und jemand, der einen guten Draht zur Rezeption hat und deswegen viele Privatpatienten behandelt, macht mehr Umsatz – und verdient mehr, als der Therapeut, der Kassenpatienten behandelt.

Anders ist es dagegen bei freien Mitarbeitern, die ihre Patienten selbst akquirieren. Eine prozentuale Beteiligung am Umsatz ist dann sinnvoll und normal. Die freien Mitarbeiter können selbst über die Höhe ihres Einkommens bestimmen.

Hier gibt es noch viele weiterführende Information zum Thema Mitarbeitervergütung

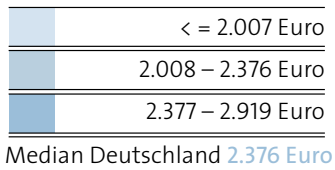
Erwartungen der Angestellten lenken: So läuft die Kommunikation bei Gehaltsverhandlungen (up-Ausgabe 7-2019) <https://tinyurl.com/ug3zdjj>

Tipps und Tricks für mehr Geld auf dem Konto Ihrer Mitarbeiter – ganz ohne klassische Gehaltserhöhung (up-Ausgabe 8-2019) <https://tinyurl.com/rac8ur4>

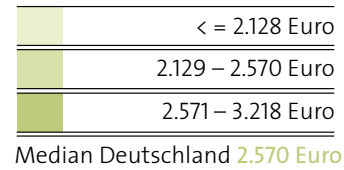
Mitarbeiter durch betriebliche Altersvorsorge unterstützen: Betriebsrentenstärkungsgesetz gilt auch für Therapiepraxen (up-Ausgabe 5-2019) <https://tinyurl.com/uam28xe>

Gehälter für Therapeuten | Heilmittelbranche in

physio



ergo

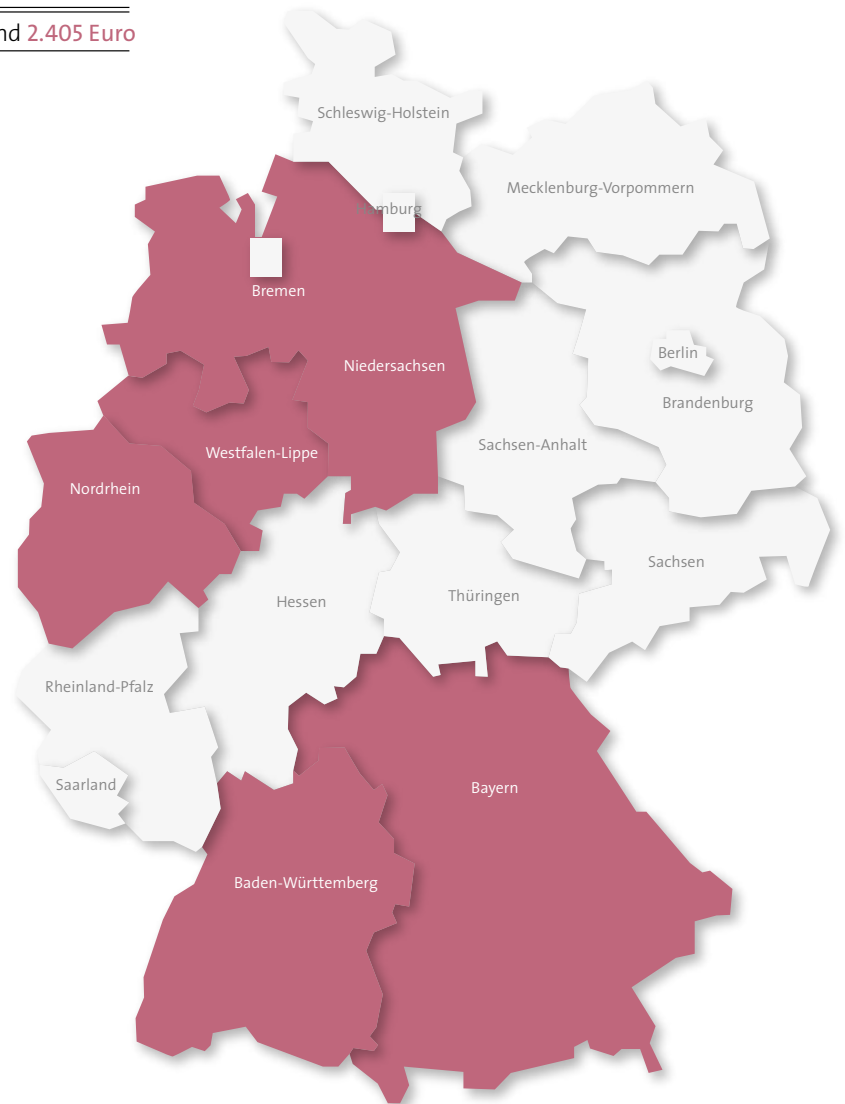


Selbst innerhalb eines Bundeslandes variieren die gezahlten Gehälter erheblich. So haben Physiotherapeuten in Niedersachsen im Jahr 2018 zwischen 2.008 und 2.376 Euro Bruttogehalt bekommen. Wer also als Berufsanfänger mehr Geld verdienen will, der sucht sich eine Stelle, bei der nach TVöD (öffentlicher Dienst) gezahlt wird, das sind in der Regel stationäre Einrichtungen. Hier fangen Berufseinsteiger in der Gruppe P7 mit einem Einstiegsgehalt von 2.809,30 Euro an. Kollegen mit akademischem Abschluss liegen deutlich darüber, z. B. in der Gruppe P9 mit einem Betrag von immerhin 3.230,56 Euro. Was man an solchen Bruttoentgeltvergleichen nicht sehen kann, sind Zusatzleistungen über das Gehalt hinaus, z. B. Betriebskindergarten etc. Das macht die Vergleichbarkeit von Gehältern schwierig. **Hinweis:** Alle Daten stammen aus 2018, bzw. TVöD aus März 2019, also noch vor der Einführung der bundeseinheitlichen Höchstpreise.

Zahlen

logo

2.406 – 2.911 Euro
Median Deutschland **2.405 Euro**



Die jeweiligen Gehaltswerte der Karten basieren auf dem Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit (entgeltatlas.arbeitsagentur.de) mit dem Datenstand 2018. Für die grau dargestellten Bundesländer liegen keine ausreichenden Daten vor, um entsprechende Ergebnisse dokumentieren zu können.

Hinweis: Der Median, der hier jeweils für Gesamtdeutschland dokumentiert wird, ist im Allgemeinen nicht mit Durchschnittswerten gleichzusetzen. Der Median teilt eine nach der Höhe der Entgelte sortierte Häufigkeitsverteilung in zwei gleich große Teile und steht damit in der Mitte der Verteilung.

„Ausgebildete Physiotherapeuten wandern zunehmend ab in Krankenhäuser, die nach Tarif zahlen.“



Interview mit Dr. Roy Kühne,
MdB, CDU

Herr Kühne, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, Andreas Westerfellhaus, hat kürzlich ein Positionspapier „Refinanzierung und Nachweis Tariflöhne Pflege“ veröffentlicht. Darin wird gefordert, „dass man Pflegekräfte anständig bezahlen muss“. Dafür müsse die Refinanzierung durch Kranken- und Pflegekassen stimmen. Haben die ambulanten Pflegedienste ein Problem mit der Bezahlung ihrer Mitarbeiter?

KÜHNE | Ja, wir haben ein Problem und es ist gut, dass Andreas Westerfellhaus das offen anspricht. Die Schieflage in der ambulanten Pflege wird sich weiter ausweiten, wenn die stationären Pflegeeinrichtungen die Löhne refinanziert bekommen und die ambulante Versorgung ständig alles nachverhandeln muss. Wir erleben schon jetzt Abwerbeprämien bis zu 10.000 Euro. Da können Anbieter ambulanten Leistungen nicht mithalten. Besonders die Versorgung im ländlichen Raum droht daran zu scheitern.

Der Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit weist für die „Altenpflege Fachkraft“ ein mittleres Entgelt (Median) in Deutsch-

In der Pflege werden zunehmend Fachkräfte abgeworben – vom ambulanten in den stationären Bereich. Der Hauptgrund: die bessere Bezahlung. Auch im Bereich der Physiotherapie spielt Abwanderung von Fachkräften aus ambulanten Praxen in stationäre Krankenhäuser stärker als bisher eine Rolle. Es locken eine Vergütung nach Tarif und bessere Sozialleistungen als in vielen ambulanten Praxen. Wir haben über diese Problematik mit Dr. Roy Kühne gesprochen und gefragt: Was muss sich ändern, um diesen Trend zu stoppen?

land von 2.877 Euro aus. Dieser Betrag reicht also nicht, um Mitarbeiter in der ambulanten Pflege dauerhaft zu halten?

KÜHNE | Solange in den stationären Einrichtungen deutlich besser gezahlt wird, ist das der Fall. Wir haben bis zu 900 Euro Preisunterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich an einem Ort. Klar, dass bei den Unterschieden der stationäre Bereich deutlich beliebter ist. Zudem ist der bundesweite Median-Wert überhaupt nicht aussagefähig. In Mecklenburg-Vorpommern oder Thüringen liegt der Mittelwert teilweise deutlich unter 2.467 Euro, während in Bayern oder Baden-Württemberg bis zu 3.361 Euro gezahlt werden.

Für die Physiotherapie ist im Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit ein mittleres Entgelt (Median) in Deutschland von 2.376 Euro angegeben. Sprich 500 Euro weniger als in der Altenpflege. Ist dann die Entlohnung der Physiotherapeuten nicht mindestens ein genauso großes Problem wie die in der ambulanten Pflege?

KÜHNE | Auf jeden Fall! In einigen Regionen sind die Unterschiede sogar noch deutlicher. In ganz Deutschland haben wir große Probleme, Fachkräfte im Gesundheitsbereich zu finden und zu halten. Ausgebildete Physiotherapeuten wandern zunehmend ab in Krankenhäuser, die nach Tarif zahlen. Auch die Sozialleistungen sind dort oft attraktiver, etwa Betriebskindergärten, bezuschusstes Kantinenessen und Tarifverträge, die automatisch regelmäßige Gehaltserhöhungen garantieren. Kleine Praxis können diese in dem Umfang einfach nicht anbieten. Hinzu kommt die massenhafte Abwanderung in andere Berufe außerhalb des Gesundheitswesens. Dort profitieren die Fachkräfte oftmals von flexibleren Arbeitszeiten und einer attraktiveren Bezahlung. Wenn sich nichts ändert, wird das Versorgungsproblem in der Heilmitteltherapie noch schneller auf uns zukommen als in der ambulanten Pflege.

Es gibt einen Pflegebeauftragten der Bundesregierung. Muss Jens Spahn jetzt auch einen Heilmittelbeauftragten einsetzen, damit die Honorare der Krankenkassen ein angemessenes Lohnniveau garantieren?

KÜHNE | Wir brauchen keine neuen Posten, sondern gesetzliche Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass die Praxisinhaber mit den Honoraren der Krankenkassen ihre Mitarbeiter angemessen bezahlen können. Da reicht es nicht, Preise auf ein bundeseinheitliches Niveau zu heben, denn die regionalen Unterschiede bei der Bezahlung von angestellten Mitarbeitern sind enorm. Alle Praxen erhalten von der GKV das gleiche Honorar, die Nebenkosten, die Praxisinhaber haben, schwanken aber stark von Region zu Region. Es wundert nicht, dass zunehmend Praxen ihre GKV-Zulassung zurückgeben, um finanziell über die Runden zu kommen.

Was wir brauchen, ist sachliche Politik, die sich an den Bedürfnissen der Patienten und der Verantwortlichen Leistungserbringer orientiert. Es müssen konkrete Verbesserungen für die Heilmittelberufe und die Pflege her. Sinnloses Posten-Geschacher bringt uns einfach nicht weiter.

Wäre es eine Möglichkeit, eine Art Flächentarifvertrag für angestellte ambulante Therapeuten aufzusetzen? Ähnlich wie es die niedergelassenen Ärzte mit den medizinischen Fachangestellten praktizieren?

KÜHNE | Im März haben wir das TSVG beschlossen. Hier haben wir für bundesweit einheitliche Preise gekämpft und diese durchgesetzt. Die Weitergabe von Mehreinnahmen an die angestellten Therapeuten ist nicht Gegenstand der Verträge nach § 125 SGB V, die Verhandlung mit den Mitarbeitern ist Aufgabe



der Arbeitgeber. Übrigens: Die Angestelltegehälter steigen, das bestätigen uns die Verbände, zuletzt der ifk. Ich denke, wir haben hier einen wichtigen Schritt getan. Der Weg ist aber noch lang und deshalb fordere ich die Verbände auf, alles dafür zu geben, dass die Preise weiter kontinuierlich steigen. Mein Ziel ist die Angleichung an den TVöD, nur so können wir die Abwanderung von ambulant nach stationär mittelfristig aufhalten.

Herr Kühne, Sie sind Abgeordneter im Bundestag und Mitglied der Regierungsfractionen. Was können Sie tun und was sollten die Verbände und jeder einzelne Praxisinhaber unternehmen, um das Problem des Fachkräftemangels möglichst bald zu lösen?

KÜHNE | Die Verbände müssen alles dafür geben, dass die Richtlinien nach § 125 SGB V richtig ausgefüllt werden. Wir brauchen dringend spürbare Entlastungen. Das gilt auch für die Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband, für die die Verbände bis Ende Juni 2020 Zeit haben. Jedes einzelne Verbandsmitglied hat es mit in der Hand, die Verbände hier anzufeuern. Zur Not durch eine Abstimmung mit den Füßen.

Was in der Vergangenheit durch Demos, Kreideaktionen und aktive Social Media Kampagnen erreicht wurde, ist Klasse und hat auch mir und meiner Arbeit hier im Bundestag den Rücken gestärkt. Ich werde mich weiter im Gespräch mit dem Minister dafür einsetzen, dass die wesentlichen Punkte meiner Agenda abgearbeitet werden: Angleichung an den TVöD, Modellprojekte zum Direktzugang und die damit zusammenhängende Weiterentwicklung der Berufe.

Herr Dr. Kühne, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Herrn Kühne führte Ralf Buchner]

Das Zepter endlich selbst in die Hand nehmen

Warum nicht ein Tarifvertrag für angestellte Therapeuten?

Angemessene Bezahlung für die Mitarbeiter auf der einen, wirtschaftliche Praxisführung auf der anderen Seite. Das stellt Praxisinhaber vor große Herausforderungen – besonders jetzt, wo mit der Vergütung auch die Ansprüche steigen. Leichter gelingen könnte der Spagat, wenn die Bezahlung von angestellten Mitarbeitern in ambulanten Heilmittelpraxen einheitlich geregelt wäre, zum Beispiel über einen Tarifvertrag. Warum hat das eigentlich noch niemand vorgeschlagen – auch nicht kürzlich beim Therapiegipfel?



Ein Blick zu den Ärzten zeigt, wie ein Tarifvertrag Praxisinhabern die Gehaltsverhandlungen mit Angestellten erleichtern könnte. Bereits seit den 1960er Jahren übernimmt für die niedergelassenen Ärzte die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), eine Arbeitgebervereinigung, die Tarifverhandlungen mit dem Verband medizinischer Fachberufe und zeitweise auch anderen Gewerkschaften (siehe Seite 17). Die ausgehandelten Tarifverträge legen die Mindeststandards für wesentliche Arbeits- und Einkommensbedingungen, wie Gehälter, Arbeitszeit, Urlaub und Sonderzahlungen, fest. Arbeitgebern ermöglichen sie damit eine rechtssichere Regelung komplexer Themen, sie müssen nicht mit jedem Angestellten einzeln verhandeln und haben durch die AAA einen Stellvertreter, der ihre Interessen vertritt.

Nur für Mitglieder bindend

Laut Bundesärztekammer stellen die Tarifverträge eine Empfehlung für den Abschluss von Arbeitsverträgen zwischen Arzt und Arzthelferin/MFA dar, sind aber nicht rechtsverbindlich. Unmittelbar zwingend gelten sie nur für Mitglieder der vertragsschließenden Organisationen, also wenn der Arzt Mitglied der AAA und die MFA Mitglied im Verband medizinischer Fachberufe ist.

Für Praxisinhaber – gerade von kleinen Praxen – liegen die Vorteile eines Tarifvertrags klar auf der Hand:

1 | Gehälter würden nicht ins Unermessliche wachsen. Wie es passieren kann, wenn sich der Fachkräftemangel immer weiter

verschärft und der Konkurrenzkampf um die Mitarbeiter auch über das Gehalt ausgetragen wird.

2 | Praxisinhaber können Einfluss nehmen. Denn Tarifverträge, bei denen man als Verhandlungspartner repräsentiert wird, kann man auch mitbestimmen. Wird dagegen weiterhin auf die Tarifverträge aus dem öffentlichen Dienst der Krankenhäuser referenziert, ist diese eigene Gestaltungsmöglichkeit dahin. Dann bestimmen wieder andere über die ureigensten Interessen der Praxisinhaber.

3 | Ein eigenständiger Tarifvertrag für die ambulanten Heilmittelpraxen ist ein viel besserer Nachweis für die Entwicklung der Personalkosten in Praxen, als der Umweg über die sehr viel ungenaueren BG-Zahlen.

So könnte der Plan für das kommende Jahr lauten:

- ▶ Gründung einer „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Angestellten Therapeuten in ambulanten Heilmittelpraxen“, die als Tarifpartei der therapeutischen Arbeitgeber das einzige Ziel verfolgt, Tarifverträge für Praxismitarbeiter in Heilmittelpraxen abzuschließen – analog zum Vorgehen der Bundesärztekammer für die niedergelassenen Ärzte

- ▶ Abschluss von Tarifverträgen mit Verbänden, deren Ziel die Vertretung von angestellten Therapeuten ambulanten Praxen ist, möglicherweise getrennt nach Fachbereichen ■ [ym]



Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA)

Bereits im Jahr 1968 wurde die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Ihr einziger Verbandszweck ist der Abschluss von Tarifverträgen für das Praxispersonal, insbesondere für geprüfte Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte und Auszubildende.

Die AAA ist eine reine Arbeitgebergemeinschaft. Ihre Mitglieder sind ausschließlich niedergelassene Ärzte, die auch Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte (MFA) beschäftigen. Laut Ärztekammer ist die Geschäftsstelle der AAA aufgrund ihrer überregionalen Bedeutung und der ordnungspolitischen Funktion bei der Bundesärztekammer angesiedelt. Forderungen zur Änderung des Gehalts- und Manteltarifvertrags sowie des Tarifvertrags zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung werden in den Mitgliederversammlungen bzw. im Tarifbeirat beraten.

Seit ihrer Gründung hat die AAA 336 Gehaltstarifverträge, 13 Manteltarifverträge und seit 2002 drei Tarifverträge zur Altersversorgung und Entgeltumwandlung mit dem Verband medizinischer Fachberufe und zeitweise weiteren Gewerkschaften abgeschlossen.

Mitten im Markt

Messe Stuttgart



THERAPRO

Fachmesse + Kongress
für Therapie, Rehabilitation + Prävention

Willkommen bei der TheraPro 2020

Lassen Sie sich inspirieren und nutzen Sie das breite Angebot der Aussteller! Holen Sie sich in Vorträgen, Seminaren und Workshops neue Anregungen für Ihre Patienten, für Ihre Praxis, für Ihre Profession!

Bei der TheraPro erwartet Sie ein spannendes Programm mit aktuellen Themen und Top-Referenten.

Wir freuen uns auf Sie!

physio**kongress** ergo**tag**

Süddeutsches
Verbands
Symposium
2020



DLOGO
DEUTSCHLAND

Messe Stuttgart

7.-9. Februar 2020 | Freitag-Sonntag

Blieben Sie am Puls der Zeit!

#TheraPro

www.therapro-messe.de

Digitale Versorgung-Gesetz

Zurücklehnen und zuschauen?

Eine bessere gesundheitliche Versorgung durch Digitalisierung und Innovation. Dieses Ziel verfolgt laut eigenem Titel das Digitale Versorgung-Gesetz von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Am 07.11.2019 wurde es durch den Bundestag verabschiedet. Neben der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept für Medikamente soll es dann künftig auch für Heil- und Hilfsmittel elektronische Verordnungen geben. Das Gesetz stellt zudem unter anderem die Weichen für die Kostenübernahme von Gesundheits-Apps durch die Krankenkassen.

„Digitale Lösungen können den Patienten-Alltag konkret verbessern. Darum gibt es ab 2020 gesunde Apps auf Rezept. Das ist Weltpremiere“, so der Gesundheitsminister. Und auch der elektronische Austausch der Gesundheitsberufe untereinander soll gefördert werden, etwa mit dem elektronischen Arztbrief. Den sicheren Datenaustausch ermöglichen soll die Telematikinfrastruktur. Sie ist für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte bereits verpflichtend. Physiotherapeuten können sich ab Juli 2021 freiwillig an das Netz anschließen lassen.

Das klingt ja alles ganz toll. Doch selbst Jens Spahn übt leise Zweifel: „Sicherlich wird anfangs nicht alles perfekt sein. Aber vielleicht sollten wir einfach mal anfangen.“ Bei dieser Devise gereicht es den Therapeuten vielleicht dieses Mal zum Vorteil, dass sie nicht gleich mit in der ersten Reihe stehen, sondern erstmal schauen können, wie es Ärzten und Co. mit dem neuen Gesetz ergeht.

Und bis sie am Zug sind, gehört vielleicht auch das Sorgen Thema Datenschutz der Vergangenheit an. Nicht nur FDP und Grüne sehen hier noch erheblichen Handlungsbedarf, auch Wolfgang Wodarg, Vorstandsmitglied und Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheit von Transparency Deutschland, findet: „Beim ‚Digitale Versorgung-Gesetz‘ (DVG) fehlen klare Regelungen für die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit bei der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten.“

Sie sehen: Das DVG bietet viel Gesprächsstoff. Das fanden auch wir und widmen dem Thema daher auf den nächsten Seiten die volle Aufmerksamkeit.

Das erwartet Sie auf den folgenden Seiten ...

- | | |
|---|----------|
| 01 Digitale Versorgung-Gesetz: Das steht drin | Seite 19 |
| 02 Meinungsbild zum DVG | Seite 22 |
| 03 Telematikinfrastruktur: Darum geht's | Seite 24 |
| 04 Interview mit Dr. Ulf Maywald, AOK PLUS | Seite 27 |
| 05 Sorgenkind Datenschutz | Seite 28 |

01



Digitale Versorgung-Gesetz: Das steht drin!

Visionen für die Heilmittelbranche und kritische Stimmen

„Wir machen die Patientenversorgung digitaler und damit auch patientenfreundlicher und besser“ – mit diesem Satz verkündete Jens Spahn am 7. November 2019 den Beschluss des Digitale Versorgung-Gesetzes (DVG) im Bundestag. Es soll im Januar 2020 in Kraft treten. Viele damit einhergehende Änderungen betreffen vorerst in erster Linie Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten. Doch mit dem Gesetz ist der Startschuss gefallen, dass auch in Therapiepraxen die Digitalisierung zunehmend Einzug hält. Der erste Schritt ist die freiwillige Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) für Physiotherapeuten ab Juli 2021. Doch was ist eigentlich konkret geplant? Und wie könnten sich die Änderungen in naher Zukunft auch auf Therapeuten auswirken?

1 | Gesundheits-Apps auf Rezept

„Wir beschließen hier heute eine Weltneuheit. Wir werden das erste Land sein, das das Wildwest bei den Apps beendet“, sagte Spahn. Gemeint ist damit, dass sich Patienten künftig bestimmte Gesundheits-Apps vom Arzt verschreiben lassen können – etwa zur Unterstützung bei der Arzneimitteleinnahme. Für die Kosten kommt die gesetzliche Krankenversicherung auf – zunächst begrenzt auf ein Jahr. Das gilt jedoch nur für jene Apps, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf Datensicherheit, Datenschutz und Funktionalität geprüft wurden. Während dieser Zeit muss auch der Nachweis über positive Versorgungseffekte erfolgen, sofern diese noch nicht vorliegen. Sprich: Auch Apps, bei denen der Nachweis fehlt, können verschrieben werden.

Vision | Nicht nur Patienten mit Bluthochdruck können von Apps auf Rezept profitieren, sondern auch jene im Bereich der Physio-, Ergotherapie und Logopädie. Das Smartphone erinnert Patienten zum Beispiel daran, ihre Therapieübungen regelmäßig durchzuführen, dokumentiert die Fortschritte und leitet die Daten über eine sichere Verbindung zur Auswertung an die Therapiepraxis weiter. In abgespeckter Form gibt es so etwas bereits: u.a. die Sprachtherapie-App Neolino. Das Programm ergänzt die Therapie bei einem Logopäden und soll Kindern zwischen drei und sieben Jahren dabei helfen, Sprechfehler abzubauen.

Kritik | Es besteht das Risiko, dass vermehrt Apps anstelle von Heilmitteltherapie verschrieben werden. Zudem behalten Ärzte weiterhin die Verschreibungshoheit. Das Problem dabei ist, dass

01

sie können den Nutzen der App auf den Therapieerfolg oftmals gar nicht bewerten können. Apropos Nutzen: Der Nachweis dafür kann für digitale Gesundheitsanwendungen laut DVG durch Fallberichte, Expertenmeinungen, Anwendungsbeobachtungen, Studien oder sonstige valide Erkenntnisse erfolgen. Wie spezifisch diese Beweismöglichkeiten sind, darüber lässt sich streiten. Ein weiterer Punkt ist der Datenschutz. Entsprechende Apps stehen immer wieder in der Kritik. So berichtet unter anderem die Organisation Privacy International regelmäßig über die Weitergabe von Daten durch Gesundheitsapps.

2 | TI: Ein Netzwerk für alle

Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten mussten sich bis zum 29. Juni dieses Jahres an die Telematikinfrastruktur (TI) anschließen lassen, weitere Berufsgruppen folgen nach und nach bis Januar 2021. Freiwillig können sich auch Physiotherapiepraxen voraussichtlich ab Juli 2021 anbinden lassen. Diese flächendeckende Anbindung an die TI soll den Austausch der Gesundheitsberufe untereinander fördern, indem eine Art virtuelles privates Netzwerk zur nichtöffentlichen Kommunikation geschaffen wird. Zudem sollen Abläufe digitalisiert werden.

Vision | Die gesamte Krankengeschichte eines Patienten ist an einem Ort zentral gespeichert, Ärzte, Therapeuten und andere Angehörige des Gesundheitswesens können darauf zugreifen. Therapeuten können durch die dort hinterlegten und frei zugänglichen Informationen des Arztes zielgerichteter behandeln. Ein weiterer Punkt: Sie können die mündlich geschilderte Krankengeschichte des Patienten mit der hinterlegten Krankengeschichte abgleichen und bei Unklarheiten gezielt nachfragen.

Kritik | Im Zuge der TI wird zwar immer von einer flächendeckenden Vernetzung zwischen den Gesundheitsberufen gesprochen, Fakt ist jedoch, dass wir davon noch meilenweit entfernt sind. Und auch in puncto Datenschutz macht die TI immer wieder Negativschlagzeilen – mit ein Grund dafür, warum viele Ärzte die Anbindung verweigern. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 28.

3 | Für Videosprechstunden werben

Dass Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen Videosprechstunden anbieten dürfen, ist nicht neu. Im DVG ist nun jedoch geregelt,

dass Ärzte künftig auf ihrer Internetseite über solche Angebote informieren dürfen. Auch die Aufklärung für eine Videosprechstunde kann jetzt online stattfinden und nicht mehr wie bisher persönlich im Vorfeld.

Vision | Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden können über die Videosprechstunde Übungen zeigen und überprüfen, ob die Patienten sie richtig ausführen – eine Art virtueller Hausbesuch. Gerade ältere und chronisch kranke Patienten müssten so seltener den Weg in die Praxis auf sich nehmen. Auch für Familien mit mehreren Kindern ist diese Lösung interessant (Stichwort: Vereinbarkeit), ebenso für die Betreuung von Patienten auf dem Land.

Kritik | Generell findet das Thema Videosprechstunde unter der Ärzteschaft Zuspruch. Seit dem 1. Oktober 2019 wurden dahingehend nun auch die Abrechnungspauschalen angepasst. Doch die Nachbesserungen stoßen auch auf Kritik. Die Medical Tribune bezeichnete diese kürzlich in einem Artikel als Mogelpackung. Der Ansatz der Versichertenpauschale sei keine Verbesserung. Bei alleinigen Videokontakten würden Abschläge vorgenommen, die mit den jetzt zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen erst einmal aufgeholt werden müssten. Kürzungen könnten auch Therapeuten blühen.

4 | Mehr digital, weniger Papier

Durch finanzielle Anreize soll es für Ärzte attraktiver werden, den Arztbrief elektronisch zu übermitteln. Besonders interessant für Therapeuten: Neben der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept kommt nun auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung.

Vision | Bereits jetzt befinden sich auf Heilmittelverordnungen aus Papier Barcodes, mit denen Therapeuten Zugriff auf die Verordnungen haben. Scannt man diesen ab, bekommt man die für einen relevanten Daten angezeigt, ebenso wie die Nachricht, dass die Krankenkasse die Verordnung genehmigt hat. Hier wäre eine Erweiterung möglich: Wie es bei den Verordnungen von häuslicher Pflege im Blankobedruckungsverfahren schon heute Standard ist, lässt sich der Barcode um die vollständigen Verordnungsinformationen erweitern. Ein weiterer Schritt wäre dann, dass der Patient das Rezept nicht mehr in Papierform erhält, sondern als



QR-Code direkt auf sein Smartphone. Sie scannen den Code ab, erhalten alle Informationen auf einen Blick und im Idealfall erfolgt ganz automatisch die Abrechnung im Hintergrund.

Kritik | Laut PraxisBarometer Digitalisierung 2019 der KBV stufen 60 Prozent der Arzt- und Psychotherapiepraxen den elektronischen Arztbrief als sinnvolle Anwendung ein. Dennoch werde er kaum genutzt, so KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Die praktische Umsetzung sei zu kompliziert. Es fehle an geeigneten Schnittstellen und es sei umständlich, die qualifizierte elektronische Signatur für jedes einzelne Dokument zu generieren. Ein ähnliches Problem bestehe mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Zudem kritisiert der KBV-Chef die bestehenden Hybridlösungen für viele Prozesse – halb digital und halb analog. Ob Flugticket, Eintrittskarte oder Bahnticket: Digitale Lösungen gibt es bereits viele. Warum tut sich der Gesundheitssektor so schwer?

5 | Gesundheitsdaten für die Forschung

Dass Daten von den Krankenkassen erhoben und ausgewertet werden, ist per se nichts Neues. Nun soll dies jedoch deutlich umfangreicher geschehen. In einer zentralen Forschungsdatenbank werden zukünftig Informationen von gesetzlich Versicherten gesammelt und für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt. Es geht unter anderem um Angaben zum Alter, Geschlecht, Vitalstatus und Behandlungsleistungen. Diese werden in pseudonymisierter Form an den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen übermittelt. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik soll dafür bis spätestens Ende 2021 ein schlüsselabhängiges Verfahren festlegen.

Vision | Gesundheitsdaten sind ein wertvoller Schatz und bieten großes Potenzial für innovative Medizin. So können Patienten etwa individueller und präziser diagnostiziert und behandelt werden. Die Daten können für die Entwicklung neuer Therapien genutzt werden. Aber auch bestehende Therapiekonzepte können personalisierter gestaltet werden – etwa unter Einbindung von Risikofaktoren. Gleiches gilt für Vorsorgeprogramme. Möglich wäre zudem, die Versorgungsengpässe auf dem Land detaillierter zu erfassen und diesen unter anderem ergänzend mit digitalen Lösungen wie Videotherapien entgegenzuwirken.

Kritik | Warum haben nur Krankenkassen Zugriff auf die Daten? Sollten diese im Hinblick auf die Forschung kein Gemeingut für alle Angehörige der Gesundheitsberufe sein? Die Deutungshoheit liegt wieder einmal nur bei den Krankenkassen. Diese Tatsache könne laut Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, zu einem weiteren Problem führen: Sie könnten Druck ausüben, kostengünstigere Medikamente zu verschreiben. Die Finanzlage der Krankenkasse könne dann noch viel mehr darüber entscheiden, welche Versorgung der Versicherte bekommt.

Hinzu kommt, dass die Daten – Stand November 2019 – ganz ohne vorherige Einwilligung durch die Versicherten gesammelt und weitergegeben werden. Widersprechen ist nicht möglich. Die Digitale Gesellschaft e. V., ein gemeinnütziger Verein, der sich seit seiner Gründung im Jahr 2010 für Grundrechte und Verbraucherschutz im digitalen Raum einsetzt, warnt in einem öffentlichen Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags ganz deutlich vor der zentralen Massenspeicherung von sensiblen Gesundheitsdaten. Sie sei extrem anfällig für Missbrauch und Sicherheitslücken. Gesundheitsdaten müssten grundsätzlich dezentral und nach Zwecken getrennt verarbeitet werden. Zudem widerspreche sie dem Grundrecht auf Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung und damit den Prinzipien der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Und selbst der Bundesrat übt Kritik an der geplanten Datensammlung. Die Krankenkassen könnten in großem Umfang individuelle Gesundheitsprofile erstellen, wodurch die Persönlichkeitsrechte der Versicherten verletzt würden. Zudem bestehe die Gefahr der Diskriminierung von einzelnen oder bestimmten Risikogruppen.

Es gibt aber auch einige, denen die geplante Datennutzung noch nicht weit genug geht. Die Bitkom e. V., der Digitalverband Deutschlands, etwa, spricht sich in einer Pressemeldung dafür aus, die Gesundheitsdaten auch für private Forschung sowie für die Hersteller von Medikamenten und Gesundheitsdaten verfügbar zu machen.

02



Meinungsbild zum DVG Digitales Rezept: Fluch oder Segen für Therapeuten?



Von einem Gesetz, das das Wort „besser“ im Namen trägt, kann man einiges erwarten. Auch die Heilmittelbranche blickt gespannt darauf, ob das im November verabschiedete „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ wirklich hält, was es suggeriert. Unter Therapeuten besonders im Gespräch ist das gesetzliche Vorhaben, die Verordnung von Heilmitteln in elektronischer Form zu ermöglichen. Wir wollten es genauer wissen und haben Therapeuten um ihre Meinung gebeten: Wie stehen sie zum Thema digitales Rezept?

Entlastung vs. Mehrarbeit – kaum ein Thema spaltet die Praxisinhaber so sehr wie die Digitalisierung. Während die einen ihre Praxis bereits schon jetzt weitestgehend digital organisieren, halten andere eisern an Papier und Stift fest. Doch Fakt ist: Die Digitalisierung schreitet voran, Veränderungen auf Dauer zu verschmähen, ist keine Lösung. Womit Therapeuten und Praxisinhaber schon bald konfrontiert werden könnten, sind Verordnungen in elektronischer Form. Auch hier gibt es Befürworter und Verfechter – ein Meinungsbild aus einer [up-Newsletterumfrage](#).

Pro digitales Rezept

Eine große Hoffnung ist, dass sich mit einer elektronischen Verordnung die Abrechnungsmodalitäten verbessern und sie die Therapeuten und Praxisinhaber entlasten. Das könnte wie folgt aussehen: Der Patient kommt in die Praxis, die Karte wird eingelesen und die Daten werden an die Kassen übermittelt, die dann automatisch die Abrechnung in die Wege leiten. Das bedeute für Therapeuten eine Zahlungsgarantie – vorausgesetzt, die Behandlung fand wirklich statt und wurde verordnet. Ein weiterer Vorteil, den die Befragten in der elektronischen Verordnung sehen ist, dass diese für alle Beteiligten abrufbar ist – sofern die Patienten dem zugestimmt haben. Und: Sie sehen die Chance der Entbürokratisierung, was wiederum Zeit und damit Kosten spart. Etwa müssten sich die Therapeuten den Erhalt der Therapie nicht mehr bei jeder Behandlung aufs Neue unterschreiben lassen oder der Unterschrift hinterherlaufen, weil diese durch Eltern, Betreuer o. ä. erbracht werden muss. Zudem würde es aufhören, dass Therapeuten neben der digitalen Abrechnung auch noch die Originalrezepte an die Kostenträger bzw. Abrechnungsstellen schicken müssen – so die Hoffnungen an das digitale Rezept.

Und: Die elektronische Verordnung könne die Stellung von Heilmittelerbringern im Gesundheitssystem stärken. Auch der Aspekt Wertschätzung wurde genannt: Die Einführung wäre ein Zeichen seitens der Politik, dass die Heilmittelerbringer wahr- und ernstgenommen werden.

Contra digitales Rezept

Doch nicht alle sehen Vorteile darin, Abläufe zu digitalisieren – mit Papier und Stift ginge es immer noch schneller. Als möglicher Nachteil wird auch der finanzielle Mehraufwand gesehen. Wenn das digitale Rezept verpflichtend käme, wären zwingend Investitionen in neue Technik und Software nötig. Die Digitalisierung bedeute zudem nicht nur einen Mehraufwand an materiellen, sondern auch an personellen Ressourcen. Mitarbeiter müssten beispielsweise geschult werden. Um die zusätzlichen Kosten zu decken, müssten im Gegenzug die Therapieleistungen besser bezahlt werden, so die Meinung. Ein weiterer Punkt: Die Frage nach der Datensicherheit. Bei Ärzten sehe man, dass die Einhaltung des Datenschutzes durch die Digitalisierung oft deutlich schwieriger kalkulierbar ist.

Veränderungen müssen her

Ob Befürworter oder Verfechter: Die Digitalisierung schreitet voran, daran geht kein Weg vorbei. Wir wollten daher wissen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssten, damit die Vorteile für Therapeuten und Praxisinhaber überwiegen.

1. Keine Kann-Option, sondern verpflichtend

Wäre das digitale Rezept – und alle in Zukunft kommenden Veränderungen – freiwillig, bestünde das Risiko, dass kleine oder ältere Praxen, die keine Lust oder Kapazitäten haben, etwas zu ändern, auf der Strecke blieben. Um dem entgegenzuwirken, seien verpflichtende Vorgaben nötig, auch wenn das Proteste mit sich bringen wird.

2. Bürokratie anpassen

Unter den jetzigen, für die Verordnungen geltenden Fristen und Vorgaben, sei eine digitale Verordnung nicht so einfach umsetzbar. Es müsste einheitliche Regelungen für alle Kassen geben, ebenso wie für die Kommunikation mit den Ärzten. Noch mehr Fristen und Vorgaben würden hingegen Mehrarbeit und keine Entlastung bedeuten. Konkrete Vorschläge für Änderungen lauten: Die Abstandregel zwischen Ausstellung der Verordnung und Beginn der Behandlung müsse verworfen werden, die Therapeuten müssten mehr Entscheidungsfreiheit bezüglich der Verordnungsmenge, Frequenz, Umfang der Leistung pro Behandlung und therapeutischen Fachdiagnose erhalten und die vor Beginn einer der Behandlung notwendige Genehmigung einer Verordnung bei der GKV müsse entfallen.

3. Übergangsregelungen schaffen

Diese seien notwendig, um es den Praxisinhabern zu ermöglichen, sich vorzubereiten und die Änderungen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben umzusetzen.

Die Digitalisierung bietet die Chance...

...für einen besseren interdisziplinären Austausch. Werden Informationen, Berichte und Co. digital gespeichert, können sich Therapeuten, Ärzte und andere Beteiligten unkompliziert und schnell untereinander austauschen – Informationen fließen direkt.

... für einen Austausch auf Augenhöhe mit den Ärzten. Davon profitieren alle Beteiligten: Die Therapeuten, die Ärzte und die Patienten, da sie bestmögliche Unterstützung erhalten.

... für virtuelle Besprechungen: Aktive Behandlungseinheiten mit den Patienten wären per Fernzuschaltung möglich.

03

Telematikinfrastruktur: Darum geht's Antworten auf die wichtigsten Fragen

Neben den umstrittenen digitalen Gesundheitsanwendungen spielen die Telematikinfrastruktur und deren Anwendung eine zentrale Rolle im Digitale Versorgung-Gesetz (DVG). Ärzte und Psychotherapeuten müssen seit dem 29. Juni 2019 an die TI angeschlossen sein. Für Physiotherapeuten ist eine freiwillige Anbindung an die TI für Juli 2021 geplant. Bis dahin bleibt Ihnen ausreichend Zeit, sich das nötige Wissen rund um das Thema TI anzueignen. Unsere FAQ bringen Sie auf den aktuellsten Stand der Dinge.

01 Telematikinfrastruktur – was ist das eigentlich?

Die Telematikinfrastruktur ist ein digitales Kommunikationsnetz, das Akteure des Gesundheitswesens miteinander verbindet und ihnen ermöglichen soll, schneller und einfacher untereinander zu kommunizieren und medizinische Daten auszutauschen.

Der Begriff „Telematik“ setzt sich übrigens aus den Wörtern „Telekommunikation“ und „Informatik“ zusammen. Damit wird die Vernetzung verschiedener IT-Systeme bezeichnet, sowie die Verknüpfung von Informationen aus unterschiedlichen Quellen.

02 Welche Services kann man nutzen?

Bis dato bringt die Anbindung zwei Funktion mit sich: das Versichertenstammdatenmanagement (siehe Seite 26) und den Austausch elektronischer Arztbriefe. Wirklich neu ist der e-Arztbrief jedoch nicht. Ärzte konnten ihn schon vor Anbindung an die TI nutzen – und zwar direkt über KV-Connect, einem vom KV-System bereitgestellten Dienst. Nun ist diese Anwendung in die Telematikinfrastruktur eingebunden. Um sie nutzen zu können, benötigen Ärzte den elektronischen Heilberufsausweis (mehr dazu auf Seite 25).

Zu den weiteren geplanten Funktionen zählen der elektronische Medikationsplan, das Notfalldatenmanagement und der Zugang zur elektronischen Patientenakte (ePA). Bisher ist jedoch nur zur ePA festgelegt, wann diese etabliert werden soll: Bis 2021 müssen Krankenkassen ihren Mitgliedern diese anbieten. Um als Leis-

tungserbringer dann auch Daten an die ePA übermitteln zu können, ist die Anbindung an die TI Pflicht.

Wann die weiteren Funktionen eingebunden werden, hängt davon ab, wie schnell die Industrie die notwendige Technik entwickelt und testet.

03 Wer ist in die Telematikinfrastruktur eingebunden?

Seit dem 30.06.2019 sind niedergelassene Ärzte mit Arzt-Patienten-Kontakt, Psychotherapeuten und Zahnärzte dazu verpflichtet, sich an die TI anzuschließen. Bis zum 30. Juni 2020 müssen dann auch vertragsärztliche Praxen ohne Arzt-Patienten-Kontakt nachziehen, also beispielsweise Labore.

Für weitere Akteure stehen auch schon Starttermine fest. Apotheker müssen sich bis zum 30. September 2020 an die TI anbinden, die Frist für stationäre Krankenhäuser endet am 1. Januar 2021. Doch bis dahin müssen noch einige Unklarheiten geklärt werden, insbesondere in puncto praktischer Umsetzung. Wie geht man damit um, wenn beispielsweise nur Ärzte in stationären Krankenhäusern an die TI angebunden, die Pflege aber nicht?

04 Gibt es auch für Heilmittelerbringer einen konkreten Starttermin?

Jein. Ab dem 1. Juli 2021 können sich Physiotherapiepraxen freiwillig an die TI anbinden, die Kosten sollen – wie bei der Pflichtanbindung auch – erstattet werden. Dann haben auch Therapiepraxen,



die teilnehmen, unter anderem Zugriff auf die Daten der ePA. Von einer Anbindung von Logopädie-, Ergotherapie- und Podologiepraxen ist bis dato keine Rede. Doch auch ohne Anbindung an die TI können Therapeuten bereits jetzt schon bestimmte Services nutzen, etwa den eTherapiebericht der AOK-Plus.

05 Was hat es mit dem elektronischen Heilberufsausweis auf sich?

Der elektronische Heilberufsausweis wird aktuell nicht für den Zugang zur Telematikinfrastruktur benötigt, zukünftig wohl aber für die Nutzung bestimmter geplanter Anwendungen wie das Notfalldatenmanagement. Schon heute dient der Ausweis zur Authentifizierung des Besitzers – also des Arztes oder des Psychotherapeuten. Zudem benötigen sie ihn, um rechtssicher elektronische Dokumente zu unterschreiben – die qualifizierte elektronische Signaturen (QES). Dazu gehören etwa eArztbriefe, Verordnungen und Laborüberweisungen. Für das Versenden eines Berichts von Arzt A zu Arzt B ist die QES hingegen nicht notwendig.

06 Welche Ausstattung benötigen die Praxen für die Anbindung an die TI?

- ▶ Einen Konnektor, der die Praxis an die TI/VPN anbindet
- ▶ Ein eHealth-Kartenterminal, um Online-Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte nutzen zu können – etwa für das Versichertenstammdatenmanagement



- ▶ Ein mobiles Kartenterminal, sofern Hausbesuche durchgeführt werden
- ▶ Einen Praxisausweis SMC-B, mit dem sich Praxen als medizinische Einrichtung registrieren und den sie benötigen, damit der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen kann
- ▶ Einen VPN-Zugangsdienst und Internetanschluss, um einen sicheren Datenverkehr zu ermöglichen
- ▶ Ein Update des Praxisverwaltungssystem (PVS). Es ermöglicht die Verbindung zur TI, was notwendig ist, um Versicherten-daten zu importieren

07 Wer finanziert die Kosten – A: Für die Erstausrüstung? B: Für die Betriebskosten?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die erforderlichen Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb zu übernehmen.

Aktuell liegt die Erstausrüstungspauschale, die die Kosten für einen Konnektor und ein Kartenterminal zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) decken, bei 1.982 Euro. Ab 2020 reduziert sie sich auf 1.549 Euro – unter anderem fällt der bis dato gezahlte Komplexitätszuschlag bei der Benutzung mehrerer Kartenterminals weg.

08 Wer ist verantwortlich für Aufbau, Betrieb und die Weiterentwicklung der TI?

Die Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte, kurz gematik. Unter Berücksichtigung der Interessen aller beteiligten Organisationen (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutscher Apothekerverband) setzt sie die gesetzlichen Vorgaben um.

03



Viele Ärzte nehmen Strafzahlungen hin

1,2 Millionen Euro – diese Summe behält die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) im 1. und 2. Quartal des laufenden Jahres von Verweigerern der Telematikinfrastruktur (TI) ein. Denn wer sich nicht bis zum 30. September 2019 an die TI angebunden hat, bekommt ein Prozent des Praxisumsatzes abgezogen. Als Grund für die Nichtanbindung sieht die KVN insbesondere die Sorge um das Arztgeheimnis und den Datenschutz. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates spricht zudem von mangelnden Voraussetzungen für den Anschluss. Betroffen seien vor allem die Ärzte und Psychotherapeuten, die in Regionen ohne abgeschlossenem Breitbandausbau arbeiteten. Im Fokus müssten demnach nicht die Sanktionsmaßnahmen stehen, sondern vielmehr der flächendeckende Ausbau.

Auf die fehlende Praxistauglichkeit machte die Freie Ärzteschaft e.V. schon im März dieses Jahres aufmerksam. Ärzte hätten unter anderem davon berichtet, dass Systeme abgestürzt und ältere Versichertenkarten nicht einlesbar wären. Einer Umfrage des Ärztenachrichtendienstes zufolge gebe es in bis zu 50 Prozent der TI-Praxen funktionelle Probleme, heißt es weiter.

Glossar – das steckt hinter VPN, SMC-B und Co.

VPN-Zugang

VPN steht für Virtual Private Network. Nur mit einem VPN-Zugangsdienst kann mit dem Konnektor eine sichere Anbindung an die TI erfolgen.

SMC-B

Die Secure Module Card, Typ B, ist nichts anderes als ein Praxisausweis, mit dem sich Praxen als medizinische Einrichtungen registrieren. Das ist notwendig, damit der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen kann.

QES

Dahinter verbirgt sich die qualifizierte elektronische Signatur (QES), eine rechtssichere elektronische Unterschrift. Um diese nutzen zu können, benötigen Ärzte und Psychotherapeuten den elektronischen Heilberufsausweis.

Versichertenstammdatenmanagement

Dabei geht es darum, bestimmte Daten der gesetzlich Krankenversicherten wie Name, Anschrift und Angaben zur Krankenversicherung, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, aktuell zu halten. Zudem dient es dem Überprüfen des Versicherungsstatus. Alle Ärzte und Psychotherapeuten sind beim ersten Kontakt mit dem Patienten im Quartal verpflichtet, die Daten zu überprüfen – sofern persönlicher Kontakt besteht.

04

„Wir versuchen, Therapeuten niederschwellige Alternativen zur TI anzubieten.“



Interview mit Dr. Ulf Maywald, Leiter des Geschäftsbereichs Arznei- und Heilmittel bei der AOK Plus

Dr. Ulf Maywald kümmert sich zusammen mit ungefähr 160 Mitarbeitern bei der AOK Plus um die Versorgung der Mitglieder mit Arznei- und Heilmitteln. Wir wollten von ihm wissen, wie er zu dem Thema Apps auf Rezept steht und was er davon hält, dass Heilmittelleistungserbringer im Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) bis dato fast nicht berücksichtigt werden.

Sind Sie als AOK Plus-Verantwortlicher mit dem DVG glücklich?

DR. MAYWALD | Insbesondere die Kostenübernahme von Apps ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber es fehlt noch die Möglichkeit für die Krankenkassen, Verträge rund um Apps mit denen zu machen, die sie anwenden sollen, also etwa Heilmittelleistungserbringer. Dafür hat das DVG leider keine gesetzliche Grundlage geschaffen.

Sie sehen aber schon, dass die Apps auch von Therapeuten kommen können?

DR. MAYWALD | Veranlassen können die Verschreibung erstmal nur die Ärzte. Je nach Anwendungsfall spielen Therapeuten aber durchaus eine Rolle – auch heute schon. Ärzte können beispielsweise für Kinder mit Artikulationsstörungen die Logopädie-App Neolino verordnen, die die Therapie ergänzt. Ich habe mit dem DVG als Krankenkasse aber keine Rechtsgrundlage an die Hand bekommen, um mit den Logopäden direkt einen Vergütungsvertrag zu machen. Im Gegenteil: Sieht der Logopäde, dass die App funktioniert, bleiben Folgeverordnung aus. Nutzt er die App, verdient er weniger. Da muss der Gesetzgeber nachbessern.

Laut DVG können sich Physiotherapeuten ab Juni 2021 freiwillig an die TI anbinden lassen, für andere Heilmittelerbringer ist das bisher nicht vorgesehen. Sehen Sie darin ein Problem?

DR. MAYWALD | Aus unserer Sicht ist das kein Problem. Die TI ist gut und richtig für medizinische Datenspeicherung, insbesondere die elektronische Patientenakte, in die Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken zunächst involviert sein sollen. Für viele andere Dinge, wie Entbürokratisierung, Digitalisierung von Formularen und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, braucht man nicht zwingend die Anbindung an die TI. Wir versuchen, Therapeuten niederschwellige Alternativen zur TI anzubieten.

Sprechen Sie von dem Modellvorhaben der AOK Plus?

DR. MAYWALD | Genau. Wir bieten Heilmittelleistungserbringern eine sichere Kommunikationsmöglichkeit, ohne Anbindung an die TI. Sie können den Therapiebericht elektronisch über die Praxissoftware oder über ein eigenes Webportal der AOK Plus versenden. Der Arzt bekommt ihn dann als eArztbrief zugestellt. Das gleiche gilt für eVerordnung. Die Pilotphase ist noch für dieses Jahr geplant. Nächstes Jahr möchten wir das Modell skalieren und in den Betrieb überbringen, zunächst in Sachsen und Thüringen. Um den Therapeuten einen Anreiz für die Nutzung des eBerichts zu schaffen, ist es durchaus denkbar, ihn höher zu vergüten als das Pendant in Papier.

Herr Dr. Maywald, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Herrn Dr. Maywald führte Ralf Buchner]

05

TI: Sorgenkind Datenschutz Wie sicher sind die Patientendaten? Und wer haftet?

Sicherheitslücken in der Telematikinfrasturktur (TI) – davor warnte der MEDI Verbund Ende Juni 2019. Und damit ist er nicht alleine, immer wieder wird in den Medien über mangelnde Sicherheit in der TI berichtet. In vielen Fällen ist der Grund dafür, dass der Aufbau in vielen Praxen nicht entsprechend der Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik vorgenommen wurde – und wird. Doch wie sehen die Empfehlungen aus? Wer haftet, wenn es zum Datenklau kommt? Es lohnt sich, diese Aspekte im Hinblick auf die bevorstehende freiwillige Anbindung an die TI im Hinterkopf zu behalten und die Entwicklungen weiter zu beobachten.





Der Medi-Verbund hatte im Sommer dieses Jahres IT-Experten beauftragt, die Technologie der Telematikinfrastruktur auf Schwachstellen zu prüfen. Heraus kam, dass der Konnektor selbst bei ordnungsgemäßer Installation nicht zuverlässig gegen Angriffe in die Praxissysteme schützt, obwohl das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gegenüber den Ärzten behauptete – so Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland. Zu dem gleichen Ergebnis kam auch der IT-Dienstleister Jens Ernst von der Happycomputer GmbH. Er berät unter anderem Ärzte in Fragen rund um die TI. Bei einer Sicherheitsprüfung konnte er auf verschiedene Arten ein Testvirus über den ordnungsgemäß angeschlossenen TI-Konnektor einer Arztpraxis ins Praxisnetzwerk einschleusen. Die integrierte Firewall kontrollierte die Kommunikation nicht – ideale Voraussetzungen für Hacker, um an Gesundheitsdaten von Patienten zu kommen.

Aufbau oft nicht so, wie als sicher zertifiziert

Bereits im März machte Ernst darauf aufmerksam, dass ein Großteil der Telematikinfrastruktur nicht so aufgebaut wurde und wird, wie es vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik als sicher zertifiziert wurde. Danach meldete er sich immer wieder zu diesem Thema auf seiner Website und gegenüber Medien dazu zu Wort. In einem Interview mit der Zeitschrift „Der Augenarzt“ aus dem Juni bemängelt er, dass die Installation oft nicht von zertifizierten Technikern durchgeführt wird. Teilweise würden diese nur eine Online-Schulung erhalten. Er berichtet von einem Vorfall aus einer Praxis, die er betreut: Der Techniker trennte alle Geräte vom Switch – ein Netzwerkverteiler – und änderte die IP-Adresse des Rechners, woraufhin keine Firewallregel mehr funktionierte. Da die Telefonanlage nicht mehr angebunden war, funktionierte nun nach Angaben von Ernst zwar der Zugriff auf den Konnektor, die Telefonanlage selbst arbeitete jedoch nicht mehr. Der Techniker schaltete daraufhin die Windows-Firewall und den Virenschutz ab. Das komplette System sei ohne Schutz gewesen.

Reihenbetrieb empfohlen, aber oft nicht eingerichtet

Neben fehlerhaften Installationen weist Ernst auf ein weiteres Problem hin: In den meisten Praxen würden die Konnektoren parallel zu allen anderen Komponenten im Netzwerk angeschlossen – eine Vorgehensweise, die die gematik nur für große Praxisnetzwerke empfiehlt. Zu erkennen ist diese Anbindung laut Ernst da-

ran, dass der Konnektor dann nur mit einem Netzkabel angeschlossen ist. Die Folge: Der Konnektor arbeitet nicht mit der integrierten Firewall. Die Praxis muss sich um entsprechende Sicherheitsmaßnahmen selbst kümmern – und diese auch zahlen.

Im Reihenbetrieb – welcher für kleinere Praxen empfohlen wird – kommt die integrierte Firewall im Konnektor hingegen zum Tragen. Dieser serielle Aufbau ohne Internet (SIS) muss für Ärzte und Psychotherapeuten immer ohne Zusatzkosten bereitgestellt werden. In diesem Fall ist der Konnektor mit zwei Netzkabeln und einem Stromkabel verbunden.

Ernst weist in dem Interview mit der Zeitschrift „Der Augenarzt“ hin, dass die KBV einem entsprechenden Antrag auf Erhebung, wie viele parallele Anschlüsse gelegt wurden, abgelehnt habe.

Aus einem aktuellen, vertraulichen gematik-Papier, das Panorama 3 und der „Süddeutschen Zeitung“ vorliegt, geht hervor, dass mehr als 90 Prozent der an das neue Gesundheitsdaten-Netzwerk angeschlossenen Praxen Sicherheitsrisiken in ihrer IT-Infrastruktur haben.

Wer haftet bei einem Hackerangriff?

Worstcase: Es kommt zum Datenklau. Wer haftet? Die gematik stellt klar, dass Ärzte und Psychotherapeuten nicht haften, wenn sie die zugelassenen Konnektoren vorschriftsgemäß aufstellen und betreiben. Hier stellt sich die Frage: Wer ist dafür zuständig sicherzustellen, dass die Konnektoren vorschriftsgemäß aufgestellt und betrieben werden? Die gematik, der Dienstleister, der die Installation vornimmt, oder der Praxisinhaber? Der Konnektor ist laut Jens Ernst der „Grenzpunkt der Verantwortung“. Nur der Konnektor selbst und die Daten, die in den VPN fließen, obliegen der Verantwortung der gematik. Die Verantwortung für das Praxisnetz trägt hingegen der Praxisinhaber. Kümmern diese sich nicht um einen sicheren Aufbau, werden sie im Falle eines Datenverlustes zurecht zur Rechenschaft gezogen, betont der IT-Experte. Es ist also die Pflicht des Praxisinhabers zu schauen, ob eine Parallel- oder Reihenschaltung vorgenommen wurde.

Wenn ohne schriftliche Zustimmung eine Parallelschaltung aufgebaut wurde, empfiehlt Jens Ernst beim Dienstleister aktiv und sofort Nachbesserungen einzufordern. Doch genau hier gibt es ein Problem: Viele Praxisinhaber sind über die Möglichkeiten der Anbindung und die Sicherheitsstandards nicht im Bilde, sie vertrauen auf die Kompetenz der Dienstleister. Doch leider gilt: Unwissenheit schützt vor Strafe nicht. ■

[ka]

So macht Planung Spaß!

Eine eigene Praxisplanung – das wär's! Mit einem guten Plan könnte man die Praxis besser steuern, Entscheidungen einfacher treffen und vermutlich ruhiger schlafen. Wie soll ich planen? Und noch wichtiger: Was soll ich planen? Das Thema Planung ist so „groß“, so umfassend, und es gibt immer so viel zu tun. Soll ich mich da auch noch mit einer ungewissen Zukunft beschäftigen?

Solche Ausreden gelten ab sofort nicht mehr! Mit unserem neuen Praxis-Planungsposter finden Sie einfach und schnell heraus, wo in Ihrer Praxis Planungsbedarf besteht und mit welchen Methoden diese Planung durchführen können. Im Ergebnis haben Sie genau den Plan, der Sie im kommenden Jahr am besten weiterbringt.

Der Einstieg in Ihre Praxisplanung geht ganz leicht. Sie beantworten die zentrale Frage: „Was macht mir derzeit am meisten Spaß bei der Arbeit?“ Dann folgen Sie den Pfaden unserer Planungswelt auf die verschiedenen Planungsin-seln. Immer wieder stoßen Sie auf vertiefende Fragen, deren Antworten Sie weiterleiten. Schlussendlich landen Sie in einem von fünf verschiedenen Planungsbereichen. Passend zu diesen Planungsbereichen finden Sie auf der Rückseite des Praxis-Planungsposters (oder auf den Planungsseiten im Internet) den passenden Methodenmix für Ihr Planungsthema.

Innerhalb der Planungsbereiche werden die vorgeschlagenen Methoden nach den bei Ihnen vorhandenen Ressourcen unterschieden:

- ▶ **Ich habe Zeit...** Hier schlagen wir Methoden vor, die man gut alleine anwenden kann, um zu planen, und die in der Regel kostenlos durchzuführen sind
- ▶ **Ich habe Geld...** Hier schlagen wir Methoden vor, die aufwendiger sind und oft auch externe Beratung oder externe Tools benötigen
- ▶ **Ich habe Ideen...** Hier schlagen wir Methoden vor, die sich im weitesten Sinne mit Innovationen beschäftigen
- ▶ **Nächste Schritte...** Hier schlagen wir vor, in welcher Reihenfolge Sie den Planungsprozess für diesen Planungsbereich durchführen

Zugegeben, unser Weg zur richtigen Planung ist manchmal nicht ganz so ernsthaft, wie es von Betriebswirten gelehrt wird. Aber es geht auch darum, mit Spaß zu planen und immer wieder neue Wege zu gehen, um herauszufinden, an welcher Planung man Spaß hat. **Viel Erfolg dabei!**

Exklusiv für Abonnenten:

Praxis-Planungsposter liegt der Dezember-Ausgabe bei. Sonst einfach bestellen unter buchner.de







Arztbesuch während der Arbeitszeit

Was ist erlaubt, was nicht?

Der Winter ist Erkältungszeit. Viele Praxismitarbeiter fühlen sich derzeit nicht ganz fit. Wer nicht gleich im Bett bleiben muss, braucht vielleicht ein Rezept für ein Medikament gegen den hartnäckigen Husten oder die schniefende Nase. Einen Termin außerhalb der Arbeitszeiten zu bekommen, ist aber schwierig. Ist dann ein Arztbesuch „im Dienst“ erlaubt?

Die Antwort lautet grundsätzlich erstmal „Nein“. Arztbesuche sind Privatsache. Daher haben die im Allgemeinen außerhalb der Arbeitszeiten stattzufinden. Aber Ausnahmen bestätigen die Regel:

Akute Erkrankungen

Egal ob starke Zahnschmerzen, eine fiebrige Erkältung oder ein Unfall – wer schnell behandelt werden muss, darf natürlich unmittelbar zum Arzt gehen. Bei akuten Erkrankungen muss der Praxisinhaber seinen Mitarbeiter für den Arztbesuch freistellen und das Gehalt weiterzahlen. Das schreibt das

Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in Paragraph 616 vor: „Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird.“

Informationspflicht des Mitarbeiters

Beim kurzfristigen Arztbesuch während der Arbeitszeit muss der Beschäftigte aber seine gesetzlichen Pflichten beachten: Er muss seinen Chef sofort informieren und sich von der Arztpraxis eine



Bestätigung geben lassen, dass er den Termin wahrgenommen hat. Geschieht das nicht, droht im schlimmsten Fall eine Abmahnung.

Doch Vorsicht: Wer die Arbeit für einen Arztbesuch verlässt, ist nicht durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt, wie das Sozialgericht Dortmund entschied (Aktenzeichen: S 36 U 131/17).

Freistellung auch bei Blutabnahmen

Auch bei bestimmten Untersuchungen darf der Arbeitgeber den Arztbesuch nicht verweigern. Das gilt beispielsweise für Blutabnahmen, die in der Regel morgens stattfinden, weil der Patient nüchtern erscheinen muss.

Medizinisch nicht notwendige Behandlungen in der Freizeit

Liegt keine akute Erkrankung vor, haben Arbeitnehmer in der Regel keinen Anspruch auf Freistellung und Lohnfortzahlung. Vorsorge-

untersuchungen wie Mammographie oder die Routine-Untersuchung beim Zahnarzt oder Nachsorgeuntersuchungen sind keine medizinisch notwendigen Behandlungen. Beschäftigte müssen sie daher außerhalb der Arbeitszeiten wahrnehmen oder die Zeit nacharbeiten.

Ausnahmen gelten für Schwangere

Arbeitgeber sind verpflichtet, ihre schwangeren Mitarbeiterinnen für Untersuchungen, die die Schwangerschaft betreffen, bei vollem Lohn freizustellen (§ 7 Mutterschutzgesetz). ■

[ks]

Datenschutz?...!

Digitale Versorgung-Gesetz-(DVG) – Überfällige Modernisierung?

(Niels Köhrer, externer Datenschutzbeauftragter für Praxen in der therapie.cloud)



Der Bundestag hat Anfang November dem neuen Gesetz zugestimmt. Ab 2020 soll es in Kraft treten und nach und nach zu Maßnahmen verpflichten.

Zum Beispiel soll es zukünftig möglich sein, Gesundheits-Apps auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen zu lassen. Es soll die elektronische Patientenakte weiterentwickelt

werden, bis Patienten einen vollständigen Zugriff auf ihre Daten haben und entscheiden können, welche Stellen auf welche Daten zugreifen sollen. Dazu sollen Videosprechstunden, auch „Telemedizin“ genannt, erleichtert werden. Ferner soll die elektronische Übermittlung des Arztbriefes gefördert werden.

Alle Gesundheitsversorger sollen über ein System verbunden werden, der sogenannten Telematikinfrastruktur, welches eine Kommunikation zwischen den Parteien vereinfachen soll. Für Krankenhäuser und Apotheken soll die Teilnahme ab 2021 verpflichtend sein, Physiotherapeuten können freiwillig teilnehmen.

Natürlich birgt dies auch datenschutzrechtliche Risiken, z. B. sollen die pseudonymisierten Daten der Kassenpatienten (immerhin 73 Millionen) der Forschung zur Verfügung gestellt werden. Hier wird es entscheidend auf die Umsetzung ankommen.

Die Bündelung von Patientendaten und die einfachere Kommunikation aller Beteiligten ist dennoch zu begrüßen und ohne Digitalisierung kaum erfüllbar. Noch ist es ein weiter Weg. Der Gesetzgeber scheint aber diesen Weg gehen zu wollen und das ist zu begrüßen.

12 | 2019

up-unternehmen praxis Wirtschaftsmagazin für erfolgreiche Therapiepraxen

Gute Nachrichten für Therapeuten

Exklusiv für Abonnenten:
Praxis-Planungstool: Welche Seite soll auf der Webseite stehen? - Jetzt einfach bestellen unter buchner.de

Digitale Versorgung-Gesetz: Viele Chancen und wenig Pflichten für Heilmittelerbringer

Fachkräfte-Eingehülte: Mit digitalen Geschäftsmodellen Abwanderung in den öffentlichen Dienst verhindern

100 Kilometer zum nächsten Therapeuten: Musiktherapie Therapie dringend benötigt, aber oft nicht nutzbar

Für eine Überlebensrate gehen keine Blinden: Chef muss gute betriebliche oder soziale Gründe für das Verbot nennen

Es wird jetzt höchste Zeit, **up** zu abonnieren!

► **Jederzeit kündigen**

► **Zwölfmal im Jahr gute Nachrichten und gute Ideen für 12,00 € monatlich***

Jetzt bestellen
unter www.up-aktuell.de/up-abo

*up|abo für 134,58 € pro Jahr (zzgl. 7% MwSt.)

Für eine Urlaubssperre gelten hohe Hürden

Chef muss gute betriebliche oder soziale Gründe nennen



Eine Urlaubssperre ist das Verbot für Mitarbeiter, in einem bestimmten Zeitraum frei zu nehmen. Ohne guten Grund darf ein Praxischef eine solche aber nicht verhängen. In § 7 des Bundesurlaubsgesetzes (BUrlG) heißt es: „Bei der zeitlichen Festlegung des Urlaubs sind die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers zu berücksichtigen, es sei denn, dass ihrer Berücksichtigung dringende betriebliche Belange oder Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer (...) entgegenstehen.“ Der Spielraum, wann Praxisinhaber einen Urlaubsantrag ablehnen dürfen, ist also sehr begrenzt.

Betriebliche und soziale Gründe

Der Gesetzgeber setzt hohe Hürden für eine Urlaubssperre. Er erlaubt Arbeitgebern nur zwei Gründe, wann sie dem Mitarbeiter den Urlaub verweigern dürfen: Entweder stehen dringende betriebliche Erfordernisse entgegen oder die Urlaubswünsche anderer Kollegen gehen unter sozialen Gesichtspunkten vor. Typische Beispiele für betriebliche Gründe sind unter anderem eine drohende Insolvenz, Personalmangel wegen einer Krankheitswelle oder die Kenntnisse eines Mitarbeiters sind dringend gefragt. Ebenfalls nachvollziehbar sind Urlaubssperren, wenn Kollegen „unter sozialen Gesichtspunkten den Vorrang verdienen“

(§ 7 BUrlG). Normalerweise sind dies Kollegen mit schulpflichtigen Kindern, die nur in den Schulferien verreisen können.

Genehmigter Urlaub wird gewährt

Die Gründe für eine Urlaubssperre sind manchmal nicht vorhersehbar und treten kurzfristig auf. So kann es passieren, dass der Urlaubsstopp zu einem Zeitpunkt verhängt wird, zu dem der Urlaub bereits bewilligt oder schon angetreten wurde. Genehmigter Urlaub muss gewährt werden. Einzige Ausnahme sind absolute Notfälle. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn der Betrieb durch Urlaub des Mitarbeiters komplett zum Erliegen käme.

Dauer der Urlaubssperre

Für die Dauer einer Urlaubssperre gibt es keine gesetzlichen Regelungen. Sie kann nur einen Tag oder auch mehrere Wochen andauern, je nachdem, wie lange der dringende betriebliche Grund die Sperre rechtfertigt.

Die Annahme, dass in der Probezeit grundsätzlich eine Urlaubssperre gelte, ist falsch. Mitarbeiter haben zwar erst nach Ablauf der Probezeit – in der Regel sechs Monate – Anspruch auf ihren gesamten Jahresurlaub. Sie können aber auch schon vorher

anteilig Urlaub nehmen, und zwar pro Monat ein Zwölftel ihres Jahresurlaubs.

Mitarbeiter vorab informieren

Ziehen Praxisinhaber eine Urlaubssperre in Betracht, sollten sie die tatsächlichen Gründe für die Entscheidung mit der Belegschaft offen kommunizieren und für Verständnis werben. Falls Mitarbeiter ohne ausdrückliche Erlaubnis vom Chef dennoch in den Urlaub fahren, riskieren sie ernste arbeitsrechtliche Konsequenzen bis hin zur Kündigung. ■ [ks]





Handeln bevor
es zu spät ist



Bestell-Nr: 763-35
Preis: 42,06 € (zzgl. MwSt.)

Das Notfall-Handbuch für die Heilmittelpraxis

Vor Unfall und plötzlicher Krankheit ist niemand gefeit. Doch was passiert mit der Praxis, wenn der Inhaber plötzlich ausfällt? Mit diesem Handbuch bereiten Sie Ihre Notfallvertretung und Ihre Praxis bestmöglich auf Ihren unvermittelten Ausfall vor: Es hilft Ihnen bei der Aufbereitung aller notwendigen Informationen und Unterlagen und unterstützt Ihre Vertretung.

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



BSG: Krankenkassen dürfen Extras nicht als Wahltarife anbieten

Gesetzliche Krankenversicherungen dürfen Zusatzleistungen wie Auslandskrankenschutz oder Chefarztbehandlung nicht mehr als Wahltarif anbieten. Auch die Werbung mit Vergünstigungen bei bestimmten privaten „Vorteilspartnern“ ist nicht erlaubt. Das hat kürzlich das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (Az.: B1 KR 34/18 R und B1 KR 16/18 R).

Die Kasseler Richter beendeten damit einen jahrelangen Streit zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der Continentale. Sie hatte dagegen geklagt, dass die AOK 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Wahltarife zur Kostenerstattung für Auslandskrankenschutz, Krankenhauszuzahlung, Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Krankenhaus und Zahnersatz eingeführt hatte. Diese Angebote verletzen die Berufsfreiheit der Privatversicherer, so ihr Argument.

Das BSG entschied nun, dass es für die Wahltarife der AOK Rheinland/Hamburg keine gesetzliche Grundlage gebe. Zulässig seien Wahltarife mit Kostenerstattung nur für komplette Leistungsbereiche wie etwa die Zahnbehandlung oder die stationäre Krankenhausbehandlung, nicht aber für ausgewählte Einzelleistungen wie Zahnersatz oder das Einzelzimmer im Krankenhaus.

Von dem Urteil sind rund 500.000 AOK-Versicherte betroffen. „In Kürze werden wir unseren betroffenen Versicherten ein Angebot unterbreiten, nahtlos und mit wenig Aufwand die zusätzliche Absicherung im Krankheitsfall bei unserem Kooperationspartner, der vigo Krankenversicherung VVAG, fortzuführen“, erklärte eine Sprecherin der AOK Rheinland/Hamburg auf [up](#)-Anfrage. ■

[ks]

Urteil: Betriebliche Pkw-Nutzung sorgfältig dokumentieren

Praxisinhaber, die gegenüber dem Finanzamt nachweisen wollen, dass sie ihren Pkw fast ausschließlich betrieblich nutzen, sollten ein exaktes Fahrtenbuch führen. Nachträglich erstellte Fahrtenlisten reichen nicht aus, wie kürzlich das Finanzgericht (FG) Münster entschied (Az.: 7 K 2862/17).

In dem vorliegenden Fall hatte ein Rechtsanwalt Investitionsabzugsbeträge nach § 7g Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) für seinen geplanten Firmenwagenkauf geltend gemacht. Da er keine Fahrtenbücher führte, ermittelte er die Privatnutzung nach der Ein-Prozent-Methode. Aus diesem Grund ging das Finanzamt nicht von einer fast ausschließlich betrieblichen Nutzung der Fahrzeuge aus und versagte die Investitionsabzugsbeträge. Daran änderte sich auch nichts, als der Kläger nachträglich Aufstellungen seiner betrieblichen Fahrten einreichte, die eine Mitarbeiterin anhand des Terminkalenders erstellt hatte.

Der 7. Senat wies die Klage mit der Begründung ab, dass der Kläger eine fast ausschließliche betriebliche Nutzung nicht nachweisen konnte. Die eingereichten Aufstellungen genügten nicht den Anforderungen an ein ordnungsgemäß geführtes Fahrtenbuch. Eine endgültige Entscheidung steht noch aus, die Revision ist beim Bundesfinanzhof (BFH) unter dem Aktenzeichen VIII R 24/19 anhängig. ■

[ks]



Privatpreise ohne Diskussion

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

Mit den neuen bundeseinheitlichen Höchstpreisen nehmen die Diskussionen mit Privatpatienten nicht ab. Das Thema Privatpreise wird weiterhin in vielen Praxen nicht nur mit Patienten kontrovers diskutiert. Oft ist der rechtliche und organisatorische Rahmen unklar, die Zielsetzungen sind diffus und die kommunikativen Voraussetzungen zur Umsetzung sind nicht wirklich geübt.

Das liegt daran, dass Privatpreise in den meisten Praxen ein sehr emotionales Thema sind. Zu stark prallen an dieser Stelle die berechtigten finanziellen Interessen der Praxisinhaber auf das therapeutische Selbstverständnis der behandelnden Therapeuten. Lernen Sie verschiedene Ansätze zur Privatpreisgestaltung kennen, z. B. die mit der aktuellen Neuauflage der GebüTh auf Basis der bundeseinheitlichen Höchstpreise.

Privatpreise sind die angemessene Bezahlung für Ihre großartige Therapie. Es braucht nicht wirklich viel, um Ihre Patienten davon zu überzeugen, dass es sich lohnt, für Therapie auch Eigenanteile zu bezahlen.

Ihr Nutzen

In diesem Seminar zeigen wir Ihnen ...

- ▶ wie Sie Ihre Preisstrategie festlegen können
- ▶ wie Sie den Behandlungsvertrag als Grundlage nutzen
- ▶ wie Sie Allgemeine Geschäftsbedingungen als Rahmen definieren
- ▶ wie Sie rechtzeitig abrechnen
- ▶ wie Sie Beihilfe ignorieren können
- ▶ wie Sie Diskussionen vermeiden können

Zielgruppe

Praxisinhaber, Rezeptionsfachkräfte, Verwaltungsfachkräfte, leitende Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referenten Ralf Buchner und Björn Schwarz

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden.

Björn Schwarz gestaltet seit Jahren für die buchner Gruppe Seminare und Beratungen. Vor allem im Bereich Qualitätsmanagement hat sich sein über Jahre angeeignetes Fachwissen für Therapeuten bewährt. Als IHK-Prüfer und Dozent an der Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein und der Universität Hamburg weiß er genau, worauf es ankommt.

Termine

05.12.2019 Köln

25.01.2020 Osnabrück

20.01.2020 Hamburg

07.05.2020 in Würzburg

13.08.2020 in Leipzig

23.10.2020 in Stuttgart

Anmeldung unter:

www.buchner.de/pp oder

Telefon 0800 94 77 360

Teilnahmegebühr Euro 249

Ermäßigt Euro 209*

* für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|labo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket) in der therapie.cloud

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.

Physiotherapiepraxis
Max Musterman

Aktiv Leben

Unerwünschter Namensvetter

Wie Sie bei einer Markenrechtsverletzung richtig handeln

Aktiv Leben

Physiotherapiepraxis
Magda Muster

Über Geschmack lässt sich bekanntlich streiten: Je ausgefallener der Name einer Therapiepraxis, desto mehr Potenzial für Meinungsverschiedenheiten bietet er. Kein Raum für Diskussionen lässt hingegen die rechtliche Komponente. Ein absoluter Worst Case: Eine andere Praxis trägt genau den gleichen Namen wie Ihre. Wir sagen Ihnen, was dann zu tun ist.

Die meisten Praxisinhaber sind Einzelunternehmen und somit nicht im Handelsregister eingetragen. Daraus ergibt sich, dass in der Unternehmensbezeichnung der volle Vor- und Nachname aufgeführt werden muss. Diesen dürfen Sie durch Fantasie-, Branchen- oder Sachnamen ergänzen oder kombinieren. Zusätzlich ist eine Geschäftsbezeichnung erlaubt, die Sie zu Werbezwecken verwenden können. Ein Beispiel: Ihre Unternehmensbezeichnung lautet „Physiotherapiepraxis Max Mustermann“. Zusätzlich trägt Ihre Praxis die Geschäftsbezeichnung „Aktiv Leben“.

Die Geschäftsbezeichnung ist laut § 5 des Markengesetzes grundsätzlich geschützt. Dabei zu beachten ist jedoch der sogenannte territoriale Schutzbereich. Er ist begrenzt, wenn die geschäftliche Tätigkeit nur ortsgebunden ist – was bei den meisten Praxen der Fall ist. Sprich: Nur wenn sich die Praxis mit der gleichen Geschäftsbezeichnung örtlich in der Nähe befindet, können Sie dagegen vorgehen.

Eine Verletzung des territorialen Schutzbereichs ist erfüllt und Sie haben den Namen nachweislich zuerst verwendet? Dann gehen Sie wie folgt vor:

- ▶ Dokumentieren Sie den Schaden, indem Sie Screenshots oder Fotos von der Markenrechtsverletzung machen – also der Konkurrenzpraxis
- ▶ Suchen Sie sich einen Anwalt, der sich auf Markenrecht spezialisiert hat. Denn: Mahnen Sie die Praxis auf eigene Faust ab und unterlaufen Ihnen dabei Fehler, können im schlimmsten Fall Schadenersatzansprüche fällig werden
- ▶ Mahnen Sie den Gegner rechtskonform ab und fordern Sie ihn laut § 15 MarkenG zur Unterlassung – sprich zur sofortigen Einstellung der Markenrechtsverletzung – sowie der Umfirmierung auf
- ▶ Lässt er sich darauf nicht ein, kann eine Klage folgen. Eine einstweilige Verfügung hilft, die Unterlassung schnell durchzubekommen: Der Gegner darf den Namen nicht mehr verwenden
- ▶ In einigen Fällen können Sie auch Schadenersatz fordern. Das ist der Fall, wenn Ihnen nachweisbar Aufträge entgangen sind, weil ein Patient die Praxis verwechselt hat

Übrigens: Ist die Abmahnung gerechtfertigt oder erfolgt eine Rechtsprechung zu Ihren Gunsten, trägt der Gegner die Anwaltskosten ganz oder zumindest teilweise. ■ [ka]

Auf Nummer sicher gehen:

Um Ihre Geschäftsbezeichnung bundesweit zu schützen, können Sie sie beim Deutschen Patent- und Markenamt (DPMA) eintragen lassen. Die Gebühr dafür beträgt für zehn Jahre 300 Euro, bzw. 290 Euro bei elektronischer Anmeldung.



Meine Hände verdienen optimale Behandlung



Neu und exklusiv bei
buchner

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

Die NAQI-Massagelotionen wurden zusammen mit Dermatologen speziell für therapeutische Massagen entwickelt. Sie kombinieren optimale Gleitfähigkeit mit höchstem Schutz für die Haut, insbesondere für die hohen Anforderungen an Therapeutenhände

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

buchner

Diese Krankenkassen bestehen weiterhin auf dem Genehmigungsverfahren

Auch nach Inkrafttreten des TSVG gibt es immer noch Krankenkassen, die die derzeitigen Regelungen zur Genehmigungsmöglichkeit von Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 8 Absatz 4 Heilmittel-RL (Ärzte) sowie § 7 Absatz 4 Heilmittel-RL (Zahnärzte) bis zum Inkrafttreten der aufgrund des TSVG zu ändernden Heilmittelrichtlinie weiterhin anwenden.

Bei der Angabe „Rückmeldung offen“ haben sich die betreffenden Kassen immer 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	Gen.sverf. Physiotherapie WS1, WS2, EX1, EX2, EX3, ZN2; Gen.sverf. Ergotherapie EN2, EN3, EN4; Gen.sverz. bis auf Widerruf für alle übrigen Sachverhalte sowie Logopädie	
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 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 Rieker.Ricosta.Weisser 07461 – 966 46 48		Rückmeldung offen
BMW BKK 08731 – 762 99 55		Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte
Hanseatische Krankenkasse 040 – 656 96 12 37	Genehmigungsverfahren Physiotherapie WS1, WS2, EX1, EX2, EX3, EX4 bei Verordnungen für Versicherte ab vollendetem 18. Lebensjahr von Hamburger Ärzten und Ärztinnen. Genehmigungsverzicht bis auf Widerruf für alle übrigen Sachverhalte	
Novitas BKK 0203 – 545 60 91 17	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte	Genehmigungsverfahren für sämtliche Sachverhalte

Extrabudgetär verordnen lassen

Besondere Verordnungsbedarfe und langfristigen Heilmittelbedarf zur besseren Patientenversorgung aktiv nutzen

Die Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf wurde schon 2017 ausgebaut, dennoch sind diese Möglichkeiten der Patientenversorgung häufig nicht ausreichend bekannt. Diagnosenlisten für besondere Verordnungsbedarfe (bisher Praxisbesonderheiten) und für langfristigen Behandlungsbedarf helfen Ärzten bei der Versorgung von Patienten ohne Budgetbelastung.

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

Ihr Nutzen

In diesem Seminar zeigen wir Ihnen:

- ▶ die Grundlagen der Heilmittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte
- ▶ Regeln und Diagnosen der besondere Verordnungsbedarfe
- ▶ Regeln und Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs
- ▶ wie Sie Patienten bei der Antragstellung zum langfristigen Heilmittelbedarf unterstützen können
- ▶ die Möglichkeiten der Kommunikation mit dem Arzt zum Thema extrabudgetäre Verordnung
- ▶ wie Therapeut und Arzt zur besseren Heilmittelversorgung zusammenarbeiten können
- ▶ wie Sie eine zielorientierte Kommunikation mit Ihren umliegenden Ärzten führen
- ▶ wie Sie Ihre Patienten auch langfristig mit Therapie versorgen können

Zielgruppe

Praxisinhaber, leitende Mitarbeiter, Verwaltungskräfte, Rezeptionsfachkräfte, die in der Patientenberatung aktiv sind.

Im Seminarpreis enthalten

Umfangreiche Dokumentation, Praxistipps für den Praxisalltag, Lunch und Kaffeepausen



Referenten Ralf Buchner und Björn Schwarz

Ralf Buchner, seit 25 Jahren mit viel Engagement in Sachen Therapie unterwegs. Betriebswirt, langjähriger Dozent an der FH Kiel für den Bereich Therapiemanagement, Fachautor und Herausgeber der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTH) findet, dass viele Therapeuten zu schlecht bezahlt werden.

Björn Schwarz gestaltet seit Jahren für die buchner Gruppe Seminare und Beratungen. Vor allem im Bereich Qualitätsmanagement hat sich sein über Jahre angeeignetes Fachwissen für Therapeuten bewährt. Als IHK-Prüfer und Dozent an der Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein und der Universität Hamburg weiß er genau, worauf es ankommt.

Termine

06.02.2020 in Köln

12.03.2020 in Berlin

24.10.2020 in Stuttgart

Anmeldung unter:

www.buchner.de/ebv oder

Telefon 0800 94 77 360

Teilnahmegebühr Euro 249

Ermäßigt Euro 209*

* für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|abo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket) in der therapie.cloud

Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt. Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.

100 Kilometer zum nächsten Therapeuten

Atemphysiotherapie bei Mukoviszidose:
Dringend benötigt, aber oft nicht rentabel



An einem Tag fährt Stefanie Rosenberger gut und gerne mehrere hundert Kilometer mit dem Auto. Als Außendienstmitarbeiterin wäre das völlig normal, als Physiotherapeutin eher nicht. Und dennoch nimmt sie die Strecken auf sich, denn sie weiß: Macht sie es nicht, tut es im näheren Umkreis keiner. In ganz Deutschland mangelt es an Therapeuten, die sich auf die Therapie von Mukoviszidose spezialisiert haben. Eine Lage, die sich zuspitzt, weiß auch die Physiotherapeutin Daniela Hoppe. Das Problem: Die Therapie von Mukoviszidose-Patienten ist für Praxisinhaber aufgrund hoher Zusatzkosten oft nicht rentabel.

Finden Patienten mit Mukoviszidose einen Physiotherapeuten, der sich auf die Erkrankung spezialisiert hat, hüten sie ihn wie einen Schatz. Selbst Wege von bis zu 100 Kilometern nehmen sie auf sich, um eine qualifizierte Atemphysiotherapie zu bekommen, weiß die Physiotherapeutin Daniela Hoppe. Sie ist in einer Praxis angestellt und betreut ausschließlich Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen und Mukoviszidose. „Durch regelmäßige Atemphysiotherapie schulen wir die Patienten unter anderem in Techniken zur täglichen Reinigung der Atemwege. Dadurch reduziert sich das Risiko für Entzündungen und der Gesundheitszustand stabilisiert sich. Denn Mukoviszidose ist nicht heilbar.“

Lange Wege, kein finanzieller Ausgleich

Auch Stefanie Rosenberger betreut Mukoviszidose-Patienten. Doch nicht ihre Patienten fahren lange Strecken, sondern sie. Sie führt ausschließlich Hausbesuche durch. „Manchmal erlaubt eine Keimsituation eine Behandlung in der Praxis nicht, manchmal ist ein schlechter gesundheitlicher Zustand der Grund“, so die Therapeutin. Doch Patienten zuhause zu betreuen, kostet Geld. „Für einen ärztlich verordneten Hausbesuch bekomme ich seit dem 01.07.2019 16,22 Euro. Was nicht vergütet wird, ist die Fahrzeit – und die ist auf Grund der oft langen Wege meist länger als die eigentliche Behandlungszeit. Hausbesuche sind also ein Minusgeschäft.“

Kein finanzieller Mehrwert für Praxisinhaber

Nur in Bayern ist die Atemtherapie bei Mukoviszidose eine Zertifikatsposition im Heilmittelkatalog. In jedem anderen Bundesland darf jeder mit einer abgeschlossenen Physiotherapieausbildung die speziellen Therapien durchführen und abrechnen. Doch selbst diese Tatsache ändert nichts an dem zunehmenden Versorgungsengpass. „Die Betreuung der Patienten ist langfristig, große Erfolgserlebnisse bleiben bei einer solch chronisch progredienten Erkrankung aus und auch der Umgang mit den Sekreten ist nicht

für jeden etwas – Aspekte, die den Bereich unter Therapeuten nicht gerade attraktiver machen“, weiß Frau Hoppe. Und auch wenn Weiterbildungen keine Voraussetzung für die Abrechnung sind, so sehen die beiden Physiotherapeutinnen diese als enorm wichtig an, um mit der komplexen Therapie Patienten adäquat betreuen zu können. Insbesondere mangelndes Wissen zu hygienischen Besonderheiten kann zur Gefahr für die Patienten werden.

Doch die Weiterbildungen sind kostspielig: Der Grundkurs kostet bereits um die 700 Euro. Hinzu kommen weitere Aufbaukurse. „Bei vielleicht nur ein bis zwei Mukoviszidose-Patienten rentiert es sich für Praxisinhaber nicht, die Kosten dafür zu übernehmen“, bedauert Frau Rosenberger. Und: Auch die Ausgaben für die Einhaltung der erhöhten Hygienestandards müssen die Praxen selbst aufbringen, die Krankenkasse übernehmen diese nicht.

Mehr Attraktivität gleich steigendes Angebot

Der Mukoviszidose e.V. setzt sich seit Jahren für eine deutschlandweit flächendeckende therapeutische Versorgung ein – mit ersten Erfolgen (siehe Interview auf Seite 44). „Dass sich langsam etwas tut, ist super. Denn es ist nur eine Frage der Zeit, bis das Kartenhaus, das aus engagierten Therapeuten und Praxisinhabern besteht, zusammenbricht“, so Frau Rosenberger. Viele spezialisierte Fachkräfte scheiden nach und nach aus dem Berufsleben aus, zu wenig junge rücken nach – und das bei gleichzeitig steigender Anzahl an Mukoviszidose-Patienten.

„Die Politik ist gefragt, wenn es darum geht, den Versorgungsengpässen entgegenzuwirken“, findet Frau Hoppe. „Die Praxisinhaber müssen finanzielle Anreize haben, die die Einstellung qualifizierter Therapeuten oder die Weiterbildung lohnenswert machen. Die Abrechnungsposition muss verbessert, Fort- und Weiterbildungen müssen gefördert und die Kostenträger in puncto Hygienemehrkostenaufwand in die Verantwortung gezogen werden.“ ■

[ka]

Berufsportraits

Stefanie Rosenberger ist seit fast 30 Jahren Physiotherapeutin mit dem Schwerpunkt Atemphysiotherapie bei Mukoviszidose-Patienten. Sie arbeitete in mehreren Kliniken und ist aktuell im mobilen Dienst der Mukoviszidose e. V. Baden-Württemberg tätig, für den sie auch als Referentin arbeitet. Von 2011 bis 2014 absolvierte sie zudem einen Master in kardiorespiratorischer Physiotherapie an der Universität Graz.

Daniela Hoppe stieg nach der Ausbildung 1989 in die Betreuung von Mukoviszidose-Patienten ein. Sie arbeitete in mehreren Kliniken, führte eine eigene Praxis und betreut nun in einer niedergelassenen Praxis in der Nähe von Frankfurt am Main Kinder und Erwachsene mit Mukoviszidose. Sie ist Mitglied des Referententeams des Arbeitskreises Physiotherapie des Mukoviszidose e. V. und absolvierte 2016 bis 2018 an der Hochschule Fresenius den Bachelor-Studiengang „Angewandte Therapiewissenschaften Physiotherapie“.

„Die Weichen für eine bessere Versorgung von Mukoviszidose-Patienten sind gestellt.“



Interview mit Stephan Kruij, Bundesvorsitzender des Mukoviszidose e. V.

Herrn Kruij, was war das Hauptanliegen der Petition, die im Januar 2017 an den Bundestag gegangen ist?

KRUIP | Eine demographische Prognose, die 2015 auf Basis von Patientendaten des Europäischen Mukoviszidose-Registers errechnet wurde, ergab, dass bis 2025 die Anzahl an Erwachsenen mit Mukoviszidose um 50 Prozent steigen wird. Doch so, wie die Versorgung der Patienten aktuell aufgestellt ist, stehen ihnen keine rosigen Zeiten bevor. In Deutschland fehlt es schon jetzt an allen Ecken und Kanten an spezialisierten Fachzentren, in denen insbesondere Erwachsene eine adäquate Mukoviszidose-Therapie erhalten. Viele von ihnen werden daher immer noch in der Pädiatrie behandelt.

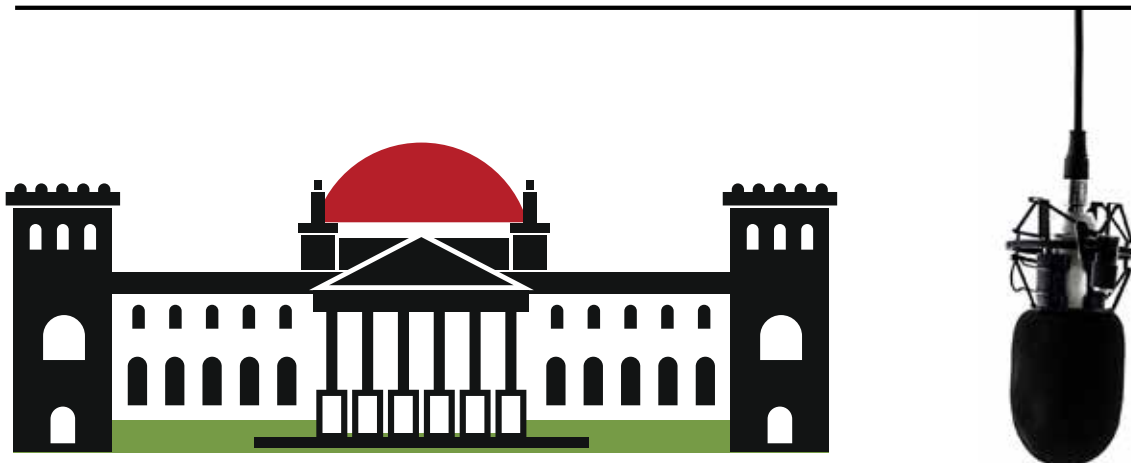
Was müsste sich Ihrer Meinung nach ändern?

KRUIP | Mehr Fachzentren, die auf die Behandlung Erwachsener (und Kinder) ausgelegt sind, können die Situation entschärfen und bieten die besten Voraussetzungen für eine optimale Behandlung. Denn diese erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen von Ärzten, Psychologen und Sozialdiensten bis hin zu speziell geschulten Physio- und Ernährungstherapeuten.

Wir haben daher im Januar 2017 im Rahmen einer Petition den Bundestag aufgefordert, sich mit dem Problem zu befassen und rechtliche Regelungen zu schaffen, die die medizinische Versorgung der Mukoviszidose-Patienten und ihre ausreichende Finanzierung bundesweit einheitlich und nachhaltig absichert. Im Juni dieses Jahres tat sich dann endlich etwas.

Physiotherapie bildet einen wichtigen Baustein in der Behandlung von Mukoviszidose. Eine konsequente Atemphysiotherapie hilft, den zähen Schleim, der sich in den Atemwegen der Betroffenen bildet, zu lösen. Auf diese Weise wird Bakterien der Nährboden entzogen – die Häufigkeit von Bronchialinfektionen und Lungenentzündungen nimmt ab. Doch deutschlandweit fehlen Strukturen, die die ambulante medizinische Versorgung von erwachsenen Patienten sichert. 2017 übermittelte die Mukoviszidose e. V. dem Deutschen Bundestag eine Petition, in der sie auf die prekäre Versorgung aufmerksam macht und den Bundestag zum Handeln auffordern.

Über ein Jahr passierte nichts, dann kam Bewegung in die Sache. Wir haben mit Stephan Kruij, Bundesvorsitzender des Mukoviszidose e. V., über die aktuellen Entwicklungen gesprochen.



Sie sprechen sicher davon, dass die Petition Gehör gefunden hat. Wie ist der aktuelle Stand?

KRUIP | Am 26. Juni 2019 verabschiedeten die Abgeordneten im Bundestag einstimmig eine Beschlussempfehlung, die Petition dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Erwägung zu überweisen und sie gleichzeitig den Landesparlamenten zuzuleiten. Was in Behördensprache so nüchtern klingt, ist als großer Erfolg zu bewerten, da der Petitionsausschuss eine Überweisung zur Erwägung nur sehr selten empfiehlt. Dies lässt darauf schließen, dass es ausreichend Anlass gibt, unser Anliegen noch einmal zu überprüfen und mögliche Lösungen zu suchen.

Besonders große Versorgungsdefizite von Mukoviszidose-Patienten gibt es in Bayern, das Bundesland bildet bundesweit das Schlusslicht. Auch dagegen hat der Verband eine Petition eingereicht – mit Erfolg?

KRUIP | In Bayern gibt es zwar spezialisierte Einrichtungen, jedoch entsprechen sie oft räumlich und personell nicht den europäischen Behandlungsstandards. Es gibt zu wenig qualifizierte Fachkräfte, in vielen Zentren fehlt es an einer ausreichenden Anzahl an Betten. Die Finanzierung ist der Hauptknackpunkt. In unserer Petition forderten wir daher, mehr Geld bereitzustellen und die dramatischen Versorgungsdefizite in Bayern zu verbessern. Die Politik hat zugesichert, das Problem anzugehen. Es tut sich also auch auf Länderebene etwas.

Was für Erfolge konnten sie als Bundesverband bisher noch verzeichnen?

KRUIP | Wir sind noch lange nicht soweit, allen Mukoviszidose-Patienten eine flächendeckende, adäquate Behandlung zu ermöglichen. Die positiven Reaktionen aus Berlin auf unsere Petition zeigen uns jedoch, dass es sich lohnt, sich auch weiterhin

dafür einzusetzen. Dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sich der Sache annimmt, ist der bisher größte Erfolg für uns, aber nicht der einzige. Die Petition hat bewirkt, dass seit dem 18. März 2017 Patienten mit Mukoviszidose nach bestimmten Vorgaben ambulant spezialfachärztlich in Kliniken und Praxen zu Lasten der GKV versorgt werden. Der G-BA hat im Zuge dessen zudem beschlossen, dass das Heilmittel "Ernährungstherapie" für die Indikationen Mukoviszidose in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wird. Wir sind guter Hoffnungen, dass sich die ambulante medizinische Versorgung – zu der auch die Physiotherapie einen wichtigen Teil beiträgt – in naher Zukunft weiter verbessern wird.

Herr Kruip, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Herrn Kruip führte Kea Antes]

Hintergrund: Mukoviszidose – eine unheilbare Erkrankung

Etwa 8.000 Menschen sind in Deutschland von der unheilbaren Erbkrankheit Mukoviszidose betroffen. Aufgrund eines gestörten Salz- und Wasserhaushalts im Körper bildet sich bei den Betroffenen ein zähflüssiges Sekret, das Organe wie die Lunge und die Bauchspeicheldrüse unwiderruflich schädigt. Doch auch wenn die Erkrankung nicht heilbar ist, so kann die Lebensqualität mit einer adäquaten Therapie deutlich verbessert werden. Während viele Neugeborene, die um 1980 geboren sind, bereits im Jugendalter verstarben, liegt hierzulande die Lebenserwartung bei einem heute geborenen Menschen mit Mukoviszidose laut des Deutschen Mukoviszidose-Registers bereits bei 50 Jahren.

KLINEA* bringt Menschen wieder ins Lot

Physiotherapeutin behandelt erfolgreich
myofasziale Störungen



Wer kennt das nicht: Falsch antrainierte Bewegungen, schlechte Haltung und in der Folge Verspannungen, Rückenschmerzen und Migräne. Die Schmerzen führen oft zu einer Schonhaltung. Es wird immer schwieriger, aus eigener Kraft wieder ins Lot zu kommen. In solchen Fällen hilft das ganzheitliche Behandlungskonzept KLINEA, das die Physiotherapeutin Kerstin Klink aus dem mittelfränkischen Roth bei Nürnberg entwickelte und seit elf Jahren erfolgreich in ihrer Praxis anwendet.

* KLINEA – der Name setzt sich aus den Worten „Klink“ und dem lateinischen Wort „linea“ (= Lot) zusammen

Entstanden ist KLINEA aus doppeltem Frust, erinnert sich die 43jährige Physiotherapeutin. Da waren einerseits die vielen Fortbildungen, in denen sie zwar jede Menge hilfreicher, einzelner Techniken erlernt hatte, „aber es fehlte ein schlüssiges Behandlungskonzept“. Und da waren auf der anderen Seite Enttäuschungen im Praxisalltag, wenn sie bei einem Patienten verschiedene Methoden probiert hatte, ihm aber nur kurzfristig helfen konnte. „Durch diesen Prozess entstanden neue Ansätze und Ideen, wie das ideale Konzept aussehen sollte. So entwickelte sich Stück für Stück KLINEA.“

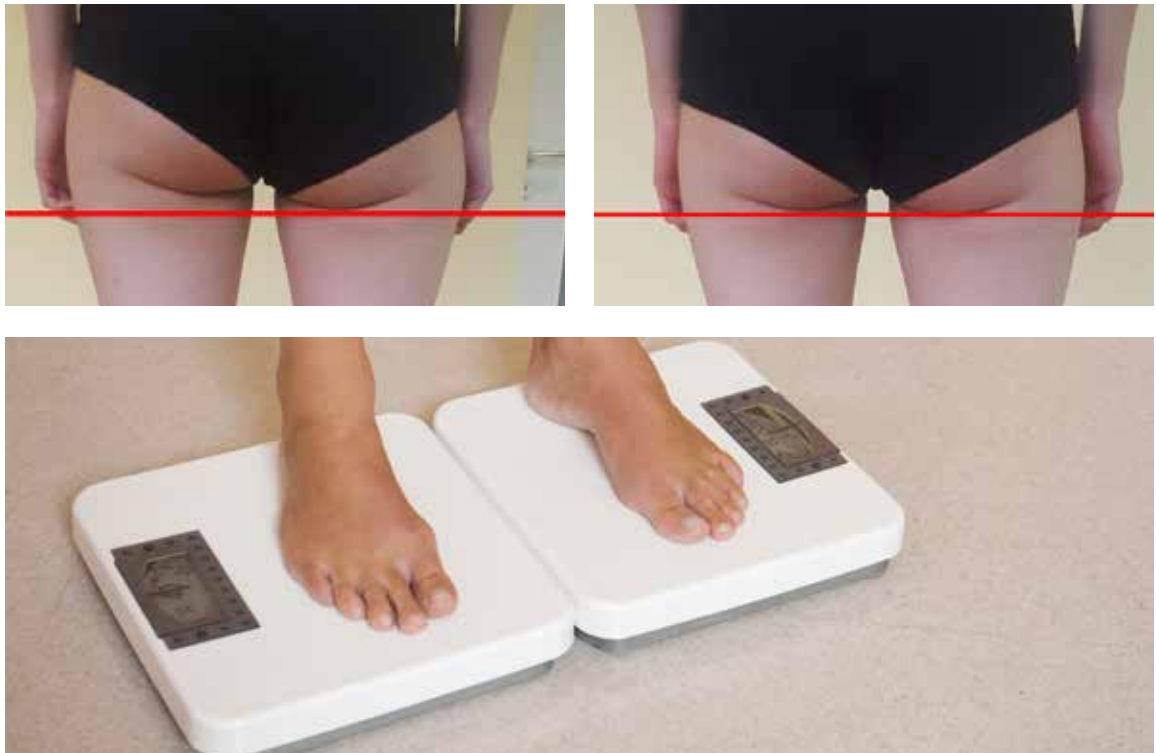
Einheitliches Behandlungsniveau sicherstellen

Das ideale Konzept sollte den Menschen in seiner Gesamtstatik und seiner Dynamik betrachten und den Patienten helfen, immer wieder in ausgeglichene Entspannungsphasen zu kommen. „Diese bezeichne ich als Lotzustand“, erklärt die Praxisinhaberin. „Mithilfe einfacher Bezugspunkte sollte sowohl ein aussagekräftiger Befund als auch eine effiziente Behandlung möglich sein.“ Gleichzeitig sollte das Konzept ein einheitliches Behandlungsniveau in ihrem großen Therapeutenteam mit zwölf Kollegen sicherstellen – sowohl für den Berufsanfänger als auch für den Kollegen mit jahrelanger Berufserfahrung.

Zusammenarbeit mit Allgemeinarzt und Chiroprapeut

Für die Entwicklung ihrer Methode war für Kerstin Klink die Zusammenarbeit mit dem Allgemeinarzt und Chiroprauten Dr. Rolf Eichinger hilfreich, der vor 17 Jahren das sogenannte „Knotenmodell“ des Myofaszialen Organs entwickelte. Laut Eichinger ist das Myofasziale Organ als autark arbeitendes System immer noch unter Medizinern wenig bekannt, obwohl Erkrankungen aus diesem Bereich in der allgemeinmedizinischen Praxis in 70 Prozent der Fälle Grund der Konsultationen seien.

Auf Verordnung ihres Arztes erschien eine Frau in Kerstin Klinks Praxis. Beim Blick auf die Waagen zeigte sich eine Belastungsdifferenz von sieben Kilo bei einem Gesamtgewicht von 54 Kilogramm



Knotenmodell als Ergänzung

Das Knotenmodell bietet eine hervorragende Ergänzung für therapeutische Berufe, um Störungen zu erkennen und zu behandeln, ist Kerstin Klink überzeugt. Das setzt allerdings voraus, dass Arzt und Physiotherapeut auf Augenhöhe arbeiten. Zunächst müsse der Arzt entsprechende akute Funktionsstörungen in den Knotengebieten befunden und therapieren. „Sollte das nicht zu einer schnellen und langanhaltenden Besserung führen, kommt der Physiotherapeut mit KLINEA ins Spiel.“

Geeignet für alle Schmerzpatienten

Die Behandlung eignet sich für alle Schmerzpatienten. „Wir bezeichnen unsere KLINEA-Patienten auch als Endstation-Patienten“, erläutert die Praxisinhaberin, „die meisten haben oft schon einen langen Leidensweg hinter sich.“ Kommt ein solcher Patient in die Praxis, wird er zunächst auf zwei Personenwaagen gestellt. Dabei zeigte sich häufig eine Differenz in der Belastung, die im Schnitt rund fünf Kilogramm beträgt. „Ich hatte auch schon einen Fall“, erinnert sie sich, „wo der Unterschied bei 25 Kilogramm lag.“ Anschließend versucht die Therapeutin, die Verklebungen der betroffenen Faszien zu lösen. Nach zehn bis zwölf Wochen steht die Kontrolle an, und in der Regel ist die Belastungsdifferenz stark zurückgegangen oder nicht mehr vorhanden.

Patientin, 38 Jahre, mit Magenbeschwerden

„Der Körper kennt keine Einbahnstraßen“ erklärt die Physiotherapeutin. „Er befindet sich ständig in einem interaktiven Zustand. Und gerade das macht die Kooperation zwischen Arzt und The-

rapeut unerlässlich, wenn eine erfolgsorientierte Medizin gewünscht ist.“ Sie erinnert sich an den Fall einer 38-jährigen Patientin: Seit einem Sturz vom Pferd mit starker Rippenprellung litt sie fünf Jahre lang an Magenbeschwerden. Doch weder Spiegelungen, Medikamente, eine Ernährungsumstellung und Entspannungstechniken führten zu einer langanhaltenden Besserung. Auf Verordnung von Dr. Eichinger erschien die Frau in Kerstin Klinks Praxis. Beim Blick auf die Waagen zeigte sich eine Belastungsdifferenz von sieben Kilo bei einem Gesamtgewicht von 54 Kilogramm.

Die KLINEA-Behandlung richtete den Fokus auf das Zwerchfell, welches eine massive Spannung aufwies. Durch den Spannungsausgleich konnte wieder eine symmetrische, lotgerechte Haltung erzielt werden. Die Waagen zeigten keine Differenz mehr, und die Magenschmerzen waren nach der ersten Behandlung bereits um 80 Prozent besser und verschwanden nach der zweiten Behandlung zehn Wochen später komplett.

Bekannt durch Vorträge bei Medizinern

Anfangs warb Kerstin Klink für KLINEA – der Name setzt sich übrigens aus den Worten „Klink“ und dem lateinischen Wort „linea“ (= Lot) zusammen – durch eine selbst entworfene Broschüre, die in ihren beiden Praxen auslag. Die Patienten wurden neugierig und fragten nach, ob eine solche Behandlung auch für sie in Frage käme.

Einen größeren Bekanntheitsgrad erreichte das Konzept durch ihre Vorträge im Rahmen eines medizinischen Qualitätszirkels im Kreise der Kollegen von Dr. Eichinger. „Immerhin drei Ärzte habe

ich gewinnen können, die nun auch KLINEA verordnen“, freut sich die Therapeutin. Und eine weitere Popularität wird ihre Methode sicherlich auch durch das Buch „Myofasziale Schmerzen und Funktionsstörungen“ erfahren, das sie gemeinsam mit Dr. Eichinger verfasste. Es ist im Herbst 2019 erschienen.

Vorträge an Physiotherapieschulen

Parallel dazu hält die Physiotherapeutin Vorträge an Physiotherapieschulen. In diesem Jahr waren das zwei Termine, 2020 will sie fünf weitere Schulen besuchen. Dabei legt sie den Fokus auf „gelenkschonendes Arbeiten von Anfang an“ mit der Therapiehilfe „Klimmi“ (up berichtete in Ausgabe 4-2019). „Die erste Schule hat schon einen kompletten Klimmi-Satz mit 22 Stück bestellt“, freut sie sich. Und es gibt noch einen weiteren positiven Nebeneffekt: Denn die Präsentation ihrer Praxis vor angehenden Therapeuten sei in Zeiten des Fachkräftemangels auch sehr hilfreich.

Rund 15 KLINEA-Patienten pro Woche

Die beste Werbung für ihre KLINEA-Technik aber sei nach wie vor die Mund-zu-Mund-Propaganda. „Wenn ich den Chef eines mittelständischen Unternehmens mit 80 Mitarbeitern erfolgreich therapiert habe, schickt er mir seine ‚kreuzlahmen‘ Angestellten.“ Die Zahl der KLINEA-Patienten von Kerstin Klink und drei weiteren Kollegen, die sie in einem halben Jahr zu KLINEA-Therapeuten ausgebildet hat, wächst. Inzwischen behandelt jeder rund 15 Patienten pro Woche. Und die Nachfrage steigt. „Wir müssen unbedingt aufstocken, denn die Warteliste wird länger“, sagt sie. „Mein nächster freier Termin ist erst Ende Januar.“

Erstes KLINEA-Seminar im Mai 2020

Daher überlegt sie sich, weitere Mitarbeiter als KLINEA-Therapeuten auszubilden. Aber das koste viel Zeit, die ihr im Moment fehle. Sie schreibe gerade an einem eigenen Buch über ihre KLINEA-Methode, das im nächsten Jahr erscheinen soll. Parallel dazu planen sie und Dr. Eichinger Fortbildungskurse. Das erste Seminar an zwei Wochenenden findet am 23./24. Mai 2020 und am 27./28. Juni 2020 statt. „In unseren Seminaren sollen den Teilnehmern durch einen klar strukturierten Aufbau von Befund und Behandlung Tools an die Hand gegeben werden, die ein sofortiges Loslegen in der Praxis ermöglichen.“

Sie ist von der KLINEA-Methode überzeugt:

„Ein Behandlungskonzept, welches eine effektive Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilberufen erlaubt, ist ein Gewinn für alle Seiten. Die eigene Praxis erfährt eine Aufwertung des Portfolios, und der Therapeut muss sich nicht durch einen 20-Minutentakt quälen, sondern kann einen erweiterten Fokus auf Defizite des Patienten richten.“ ■

[ks]

Steckbrief

Kerstin Klink wurde 1976 in Roth bei Nürnberg geboren. 1997 schloss sie ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin in Bad Abbach bei Regensburg ab. 2001 machte sie sich als Freiberuflerin selbständig und eröffnete 2003 ihre erste und 2010 ihre zweite Praxis.



Physiotherapiepraxis Kerstin Klink

Eckersmühlener Hauptstraße 42
91154 Roth
Telefon 09171 - 85 76 21

Untere Bahnhofstraße 6
91186 Büchenbach
Telefon 09171 - 8 90 51 57
kontakt@physio-klink.de
www.physio-klink.de
www.myofaszial.eu

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],
Katrín Schwabe-Fleitmann [ks]
Ralf Buchner [bu], Jenny Lazinka [jl]

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

buchner

Anzeigen
kontakt@madert-media.de

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Jahrgang: 12
Erscheinungsweise: monatlich
ISSN: 1869-2710
Preis: 15 Euro zzgl. Porto im Einzelbezug,
12 Euro im Abo
Druckauflage: 41.000 Exemplare
Verbreitete Auflage: 40.450 Exemplare
Druck: Eversfrank Preetz



Bildnachweise

iStock: Georgijevic [Titel]; emarto [3], Floortje [3], Ralf Geithe [4], ipopba [4], CHUYN [4], Tetiana Lazunova [4], purple_queue [5], Pavlo Stavnichuk [8], Stadtratte [8], NicoElNino [9], alvarez [9], Nastasic [9], johannes86 [10], Scrofula [16], ozalp [17], ivanastar [18], mdphoto16 [19], ipopba [20], metamorworks [22], pictafolio [22], ipopba [25], deepblue4you [25], metamorworks [26], ipopba [28], porcorex [28], Natali_Mis [28], fizkes [32], MicroStockHub [34], Stadtratte [34], Ridofranz [35], AlexLMX [36], Nuthawut Somsuk [36], montego666 [38], montego666 [38], vectorplusb [42], JuliarStudio [45], angelhell [46], Kameleono07 [50]; Yvonne Millar [3], Arendt Schmolze [6-7, 14], Dr. Ulf Maywald [27], Stephan Kruip [44], Kerstin Klink [48, 49];



Kurz vor Schluss Zuzahlung im Baumarkt erledigen



Ich weiß noch genau, als ich vor Jahren im Supermarkt in Schottland zum ersten Mal gefragt wurde: „Would you like some Cashback?“ Wie jetzt cash back? Die wollen mir im Supermarkt Geld zurückgeben? Oder hab' ich da etwas nicht richtig verstanden? Ich habe wohl geguckt wie ein Auto. Mittlerweile ist es nichts Neues mehr, dass man zum Geld abheben nicht mehr zur Bank oder an den Automaten muss, sondern das auch in manchen Supermärkten, Tankstellen etc. erledigen kann. Die BKK VBU geht jetzt sogar noch einen Schritt weiter, wie A&W Online berichtet. Denn deren Versicherte können Zahlungen an die Krankenkasse nun ebenfalls an der Kasse von Supermärkten, Drogerien und sogar Baumärkten leisten. Ein Pfund gemischtes Hack, zwei Äpfel, ein Liter Milch, ein Rotkohl, Toilettenpapier und die Zuzahlung für den Krankentransport – beep, beep, beep, erledigt. Das Ganze funktioniert mit einem Barcode, den die Krankenkasse mit der Zahlungsaufforderung verschickt. Der wird an der Kasse gescannt und das Geld landet automatisch bei der Versicherung. Solch ein Kundenservice ist lobenswert und lässt nur einen Schluss zu: Bei so viel Fortschritt können die Krankenkassen doch nicht mehr darauf angewiesen sein, dass die Heilmittelerbringer die Zuzahlungen für sie erledigen?! Nicht, wenn Zuzahlungen auch einfach mit einem Päckchen Butter, der Tapete oder dem Duschgel mitbezahlt werden können. Darum unser Appell: Liebe Krankenkassen, nehmt euch an der BKK VBU ein Beispiel, geht noch einen Schritt weiter. Schließlich sind Zahlungen eh besser bei denen aufgehoben, die ohnehin eine Kasse im Laden haben – und die Therapeuten hätten wieder mehr Zeit für ihre Patienten.

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 für Positive Psychologie. Sie arbeitet an Universitäten, in Betrieben und als Therapeutin mit Erwachsenen, Kindern und Familien.

Wenn Sie Ihre Patient*innen, Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen wirksam und effektiv erreichen wollen:

NLP MEDICAL PRACTICE

Der Basiskurs für wirksame Therapeutische Kommunikation

Investition: EUR 4200,00*; 180 Fortbildungspunkte (BZÄK, DGZMK). MwSt.-Befreiung ist beantragt

18 Tage ab Januar 2020:

24.01. – 26.01.2020
06.03. – 08.03.2020
08.05. – 10.05.2020
12.06. – 14.06.2020
04.09. – 06.09.2020
02.10. – 04.10.2020

Wenn Sie Ihre Leistungsfähigkeit, Ihre Resilienz, Ihre Gesundheit und Ihre Freude an der Arbeit erhöhen wollen – und das auch Ihrem Team vermitteln möchten:

POSITIVE PSYCHOLOGIE

Blockkurs im Harz (Level 1)

20.05. – 30.05.2020, Abschlusswochenende in Berlin: 10.09. – 13.09.2020

150 Punkte (BZÄK, DGZMK), Investition: EUR 2800,00* - MwSt.-Befreiung ist beantragt - zuzüglich Kost und Logis im Hotel Schindelbruch (www.schindelbruch.de)

15 Tage im Mai 2020:

20.05. – 30.05.2020,

Abschlusswochenende
in Berlin:
10.09. – 13.09.2020

Wenn Sie Ihre Mitarbeiter*innen nachhaltig und effizient führen und binden wollen:

Kursreihe Systemisch Führen

Selbstmanagement für Chefs: 20. Januar 2020

Wirksame Mitarbeitergespräche: 21. - 22. Januar 2020

Teams wirksam führen: 16. - 17. März 2020

Systeme wirksam lenken und Störungen auflösen (4 Kurstage):

Beide Teile nur gemeinsam belegbar : 15. - 16. Juni 2020 und 14. - 15. September 2020

Jeder Block kann einzeln belegt werden, Investition EUR 300,00 zzgl. MwSt. pro Kurstag, 10 Punkte (BZÄK, DGZMK) pro Kurstag.

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



Boumannstraße 32
13467 Berlin
Telefon 030 36430590

www.handrock.de

BASIC
BY buchner

1L Massagelotion
12€*



EINFACHE ENTSCHEIDUNG.

**BASIC – die Hausmarke von buchner für
Therapie- und Praxisbedarf.**

✓ Qualität stimmt. ✓ Preis stimmt. ✓ Verfügbarkeit stimmt.

Für mehr Informationen besuchen Sie uns unter www.buchner.de/basic

buchner

* Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Praxisinhaber und gewerbliche Abnehmer.
Der Preis für 1L Massagelotion beträgt 12 € netto (14,28 € inkl. Mehrwertsteuer) zzgl. Versand.