


# up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für  
erfolgreiche Therapiepraxen



Michael Reimann | Unternehmensbereichsleiter  
Heilmittel bei der AOK Niedersachsen

## Blankoverordnung: Welche Probleme kann man ganz konkret damit angehen?

**Prüfpflicht:** Zeitliche und diagnostische Einschränkungen bei BVB und LHB müssen nicht geprüft werden

**Armutszeugnis:** Der neue bundeseinheitliche Versorgungsvertrag für Logopäden ist am 16. März 2021 in Kraft getreten

**Wunschpreise:** Bei einem Podologen können Privatpatienten selbst bestimmen was sie bezahlen wollen



# Zeit sparen für 7 Cent am Tag...

... und mehr als nur blättern

**Heilmittelkatalog einfach, online, praktisch.  
Mit vielen Zusatzfunktionen.**

Diagnosegruppen, Richtlinien, Extrabudgetäre Verordnung,  
ICD-10 im Klartext, Heilmittelindex, Suchfunktion, Therapie Abstracts,  
Mitarbeiter einladen, ständige Aktualisierungen und ICF-Befundbögen.

**HMK digital**  
**1,90 Euro monatlich & 0,90 Euro pro weiterem Teammitglied.**  
**28 Tage gratis & unverbindlich testen.**

**HEILMITTELKATALOG.APP**





## Die zweite Chance

☛ Hat nicht jeder im Leben eine zweite Chance verdient? Für die Verhandler von GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Heilmittelverbänden kommt diese Chance – hoffentlich schon bald. Denn nach den Verhandlungen zu den bundeseinheitlichen Rahmenverträgen stehen schon die nächsten Vertragsverhandlungen an, diesmal zur Blankoverordnung.

Eigentlich hätten die Verträge zur Blanko-VO bereits bis zum 15. März 2021 abgeschlossen sein sollen – so ist es im Fünften Sozialgesetzbuch vorgeschrieben. Doch die Frist ist verstrichen. Eigentlich bedeutet das, dass nun die Schiedsstelle aktiv wird und den Inhalt der Verträge innerhalb von drei Monaten festsetzt – auch das steht im SGB V. Doch hätte, hätte, Fahrradkette ...

Nun kann man über die Verzögerung jammern, sich beschweren, die Haare raufen oder ungläubig die Wand anstarren – alles verständliche Reaktionen. Doch das hilft nicht weiter. Besser ist die Zeit genutzt, wenn sich jetzt alle noch einmal Gedanken darüber machen, welche Ergebnisse sie sich von den Verhandlungen wünschen und wie diese zu erreichen sind. Was soll die Blankoverordnung bewirken? Soll sie für möglichst viele oder erst einmal nur für wenige Indikationen gelten? Wie lässt sich einer möglichen Mengenausweitung vorbeugen bzw. ist das überhaupt nötig oder gewollt?

Im Themenschwerpunkt widmen wir uns ausführlich diesen Fragen und beleuchten die Chancen und Risiken, die mit der Blankoverordnung einhergehen. Dazu haben wir mit Experten gesprochen: aus der Praxis, der Wissenschaft und natürlich auch mit einem Vertreter der Krankenkassen.

Werfen Sie einen Blick in die Zukunft und haben Sie einen erfolgreichen Monat.

*Yvonne Millar*

Mit den besten Grüßen  
Yvonne Millar, Redakteurin

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

... ist der neue **bundeseinheitliche Versorgungsvertrag für Logopäden**, der am 16.3.2021 nach einer Entscheidung der Schiedsstelle in Kraft getreten ist und die alten Rahmenverträge ablöst.

... ist die **gute Nachricht**, dass Therapeuten zeitliche und diagnostische Einschränkungen bei besonderem Verordnungsbedarf nicht prüfen müssen. Darüber sind sich GKV und KBV einig.

... ist ein **Podologe**, der einfach einmal seine Patienten über den Preis für seine Leistungen hat bestimmen lassen. Sie konnten zahlen, was sie wollten. Er berichtet von seinem Experiment.

### Ihr Kontakt zu up



**Telefon** 0800 5 999 666  
**Fax** 0800 13 58 220



**Netz**  
[www.up-aktuell.de](http://www.up-aktuell.de)



**Post**  
Zum Kesselort 53  
24149 Kiel



**Mail**  
[redaktion@up-aktuell.de](mailto:redaktion@up-aktuell.de)



**Instagram**  
upaktuell

## Schwerpunkt Die Blankverordnung Chancen und Risiken



Teil 01 Hintergrund und rechtliche Vorgaben	Seite 20
Teil 02 Medizinisch-therapeutische Aspekte	Seite 22
Teil 03 Wirtschaftliche Aspekte	Seite 24
Teil 04 Berufspolitische Aspekte	Seite 26
Teil 05 Interview mit Michael Reimann (AOK)	Seite 28

**10 Weniger Prüfaufwand für Heilmittelpraxen** | Therapeuten müssen zeitliche und diagnostische Einschränkungen bei besonderem Verordnungsbedarf nicht prüfen



Interview mit  
Jens Uhlhorn



Interview mit  
Dr. Claudia Kemper



Interview mit  
Michael Reimann

**12 Schiedsverfahren bei Logopäden beendet** | Neuer Versorgungsvertrag Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in Kraft getreten

### In up\_therapiemanagement lesen Abonnenten diesmal:



Mit Physiotherapie Muskelverspannungen lindern und vorbeugen +++ Nicht ohne meinen Lagerungskeil +++ Fördergelder und Hilfsmittel +++ Mutismus Selbsthilfe Deutschland +++ Extrabudgetäre Verordnung von Physiotherapie bei COPD



Morbus Sudeck: Leitliniengerechte Behandlung mit Ergo- und Physiotherapie +++ Fördergelder und Hilfsmittel +++ Deutsche Diabetes-Hilfe +++ Extrabudgetäre Verordnung von Ergotherapie bei frühkindlichem Autismus



Für CI-Versorgung bei Kindern unbedingt auch Logopäden einbeziehen +++ Nicht ohne meinen LÜK-Kasten +++ Fördergelder und Hilfsmittel +++ AdipositasHilfe Deutschland +++ Extrabudgetäre Verordnung von Logopädie bei frühkindlichem Autismus



## 46 „Zahle, was Du willst!“ Ungewöhnliche Aktion eines Podologen in seiner Privatpraxis



- 03 Editorial** | Die zweite Chance
- 06 Branchennews**
- 08 Spickzettel** Verordnungs-Check 04\_2021  
Aktualisierte Prüfungskriterien von Muster 13
- 10 Weniger Prüfaufwand für Heilmittelpraxen** | Therapeuten müssen zeitliche und diagnostische Einschränkungen bei besonderem Verordnungsbedarf nicht prüfen
- 12 Schiedsverfahren bei Logopäden beendet** | Neuer Versorgungsvertrag Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in Kraft getreten
- 16 Versorgungsvertrag der Logopäden**  
Diesen Vertrag hätte kein Verband unterschreiben dürfen  
**Ein Kommentar von Ralf Buchner**
- 18 Schwerpunkt** | Die Blankverordnung  
Chancen und Risiken  
Hintergrund und rechtliche Vorgaben  
Medizinisch-therapeutische Aspekte  
Wirtschaftliche Aspekte  
Berufspolitische Aspekte  
Interview mit Michael Reimann | AOK Niedersachsen
- 32 Diagnosespezifikationen entschlüsseln wie ein Profi**  
Das steckt hinter den ICD-10-Codes
- 34 Corona-Pandemie:** Hilfe für die Seele
- 35** Nach Scheidung Ärger mit Steuerschulden
- 36 Urteil:** Arbeitgeberzuschuss auf Kinderbetreuungskosten anrechnen  
**Unterhalt** für volljährige Kinder ist steuerlich absetzbar
- 37 BSG:** Ohne Gesundheitskarte keine GKV-Leistungen
- 38 Abfindung:** Weniger Steuern zahlen dank der Fünftelregelung  
**Sachspenden:** steuerlich begünstigt
- 39 Auskunft oder Geld!** Niels Köhrer, externer Datenschutzbeauftragter für **up|plus**-Kunden
- 40 Advertorial** | **Digitalisieren Sie Ihre aktive Therapie**
- 42 Teil 2** der Reihe #Instagram  
Ihre persönliche Content-Strategie für die Praxis
- 46 „Zahle, was Du willst!“** Ungewöhnliche Aktion eines Podologen in seiner Privatpraxis
- 50 Impressum** | Kurz vor Schluss



## Corona-Sonderregelungen erneut verlängert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. März 2021 bekannt gegeben, dass die Corona-Sonderregelungen über den 31. März 2021 hinaus weiter verlängert werden. Die Ausweitung der Regelungen erfolgt jedoch nicht einheitlich, sondern entweder um weitere drei oder sechs Monate.

Die Möglichkeit der telefonischen Ausstellung von Krankschreibungen wurde bis zum 30.06.2021 ausgeweitet. Bis zum 30.09. gilt die Regelung, dass Heilmittelverordnungen auch dann noch gültig bleiben, wenn es zu einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen kommt. Auch Folgeverordnungen für Heilmittel dürfen bis Ende September nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden. Ebenso um weitere sechs Monate wurde die Videobehandlung verlängert.

Der Beschluss tritt zum 1. 04.2021 in Kraft.

mehr: <https://tinyurl.com/kpw6yrhs>

## Ergotherapie: Höchstmenge heraufgesetzt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Bereich der Ergotherapie die Höchstmenge je Verordnung für die folgenden zwei Diagnosegruppen von zehn auf 20 Einheiten heraufgesetzt: Neurotische, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (PS2) und Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; Affektive Störungen (PS3).

Laut G-BA ist dadurch nun eine „kontinuierliche Heilmittel-Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten mit nur einem Arztkontakt im Quartal“ gewährleistet. So wird sichergestellt, dass die Therapie nicht unterbrochen wird. Mit dieser Änderung löst der G-BA ein Problem, „das sich nach der Neufassung der Heilm-RL ergeben hatte“. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

mehr: <https://tinyurl.com/yv69szak>

## Kabinetts verlängert Corona-Arbeitsschutzverordnung bis Ende April 2021

Die aktuell gültige SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung wäre zum 15. März 2021 ausgelaufen. Nun hat das Bundeskabinetts sie bis zum 30. April 2021 verlängert. Die bisherigen Bestimmungen zur Reduzierung betriebsbedingter Personenkontakte bleiben damit weitgehend unverändert in Kraft, wie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mitteilt.

Arbeitgeber sind damit weiterhin u. a. verpflichtet, ihren Mitarbeitern Homeoffice anzubieten, wenn dem keine zwingenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Bei gemeinsam genutzten Räumen gilt eine Mindestfläche von zehn Quadratmetern pro Person. Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten



müssen diese in feste, möglichst kleine Arbeitsgruppen einteilen und es gilt die Verpflichtung zur Bereitstellung und Benutzung hochwertiger Masken.

## Langfristiger Heilmittelbedarf: Diagnoseliste um sieben Krankheitsbilder erweitert

Erkrankung des peripheren Nervensystems

Störung der Hirn-, Rückenmark- und Nervenfunktion

Arthropathia haemophilica

Erkrankungen des Bindegewebes

Osteogenesis imperfecta

Angeborene Fehlbildungssyndrome

Schwere Verbrennungen oder Verätzungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. März 2021 bekannt gegeben, dass die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um sieben Krankheitsbilder erweitert wurde. Somit können Ärzte zukünftig auch für diese Diagnosen eine Verordnung wiederholt gleich für zwölf Wochen ausstellen. Folgende Krankheitsbilder sind neu in der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet: Guillain-Barré-Syndrom (Erkrankung des peripheren Nervensystems), Normaldruckhydrozephalus (Störung

der Hirn-, Rückenmark- und Nervenfunktion), blutungsbedingte Gelenkschäden (Arthropathia haemophilica), Ehlers-Danlos-Syndrom (Erkrankungen des Bindegewebes), Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta), angeborene Fehlbildungssyndrome vorwiegend an den Extremitäten sowie schwere Verbrennungen oder Verätzungen. Die Änderung tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

mehr: <https://tinyurl.com/yv69szak>

## Heilmittelerbringer: KVen erstatten Kosten für zehn PoC-Antigen-Tests pro Person und Monat

Inhaber von Heilmittelpraxen dürfen für sich und die Mitarbeiter zehn PoC-Antigen-Tests pro Person und Monat beschaffen, anwenden und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnen. Das geht aus der aktualisierten Coronavirus-Testverordnung (TestV) hervor (§ 6 Abs. 3), die zum 8. März 2021 in Kraft getreten ist.

Praxisinhaber bekamen laut der Verordnung bis zum 31. März 2021 je Selbsttest maximal neun Euro der entstandenen Beschaffungskosten von der KV erstattet. Ab dem 1. April sinkt der Sachkostenzuschuss auf sechs Euro pro Test. Die Kosten rechnen Sie direkt mit Ihrer zuständigen KV ab. Die genauen Details zur Abrechnung muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung laut § 7 Abs. 3 TestV bis zum 22. März 2021 festlegen. Wir halten Sie dazu auf dem Laufenden.



**mehr:** Die aktualisierte TestV finden Sie unter: <https://tinyurl.com/fs79wvpa>  
Eine Liste der zugelassenen Tests finden Sie auf der Website Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): <https://tinyurl.com/5xcu3e2>

## GKV-Finzen: Heilmittelausgaben steigen 2020 um 2,3 Prozent



Die Ausgaben für Heilmittel sind im vergangenen Jahr um 2,3 Prozent gestiegen. Das geht aus den aktuellen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Entwicklung der GKV-Finzen hervor. Insgesamt beliefen sich die Ausgaben im Heilmittelbereich auf 9,35

Milliarden Euro, etwa 200 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Heilmittelerbringer 2020 aus Mitteln des Gesundheitsfonds rund 814 Millionen Euro an zusätzlichen Ausgleichszahlungen erhalten haben, heißt es in einer Mitteilung des Ministeriums. Insgesamt machen die Gesundheitsausgaben für Heilmittel etwa vier Prozent der Gesamtausgaben aus. Dem BMG zufolge standen Einnahmen in Höhe von 259,9 Milliarden Euro Ausgaben von 262,6 Milliarden Euro gegenüber. Die Krankenkassen erzielten damit 2020 ein Defizit von 2,65 Milliarden Euro. Die Finanzreserven der Krankenkassen lagen zum Stichtag am 31. Dezember bei 16,7 Milliarden Euro.

**mehr:** Die finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung im 1.-4. Quartal 2020 können Sie sich hier anschauen: <https://tinyurl.com/2778stdy>

## Neue Online-Fachausbildung zum Atemtherapeuten

Unter <https://atem-ausbildung.de> bietet die Logopädin und Atemtherapeutin Irene Labryga aus Landsberg am Lech eine zertifizierte Online-Fachausbildung zum Atemtherapeuten an. Die Atemtherapie kann u. a. in den Bereichen Resilienztraining, COVID-19 Nachsorge oder bei Patienten mit chronischer Kurzatmigkeit angewandt werden.

Die Fachausbildung wendet sich sowohl an Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten als auch an Ärzte und Psychotherapeuten, die ihr berufliches Spektrum durch atemtherapeutische Kompetenz erweitern möchten. In insgesamt sechs Modulen werden Hintergrundwissen, Fähigkeiten und methodische Kompetenz in folgenden Bereichen vermittelt: Atemtherapie bei Patienten mit Atemwegserkrankungen (u. a. COPD, Asthma, COVID-19 Nachsorge), bei funktionellen Atemstörungen (z. B. Hyperventilationssyndrom, chronische Kurzatmigkeit) sowie als Entspannungstherapie und Resilienztraining. Die Qualifikation kann durch ein interaktives Webinar in den Praxisräumlichkeiten oder z. T. auch von zu Hause erworben werden. Die Kosten belaufen sich auf 1.950 Euro plus Mehrwertsteuer, eine Ratenzahlung ist möglich.



# Spickzettel Verordnungs-Check 04\_2021

## Aktualisierte Prüfungskriterien für den schnellen Check von Muster 13

Mit der neuen Heilmittelverordnung Muster 13 ist die lästige Prüfpflicht auf Vollständigkeit und Gültigkeit einfacher geworden. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check in der Version 04\_2021 aktualisiert. Damit bleibt die Prüfung an der Rezeption Ihrer Praxis ein Kinderspiel.

### Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?

Die Behandlung kann auch bei unvollständigen oder fehlerhaften Verordnungen begonnen werden, wenn das richtige Formular verwendet wurde (blaues Muster 13 bzw. Ausdruck auf rosa Blankopapier) und die nachfolgenden Angaben auf der Verordnung stehen:

- Angaben im Personalienfeld (Patient, Krankenkasse und Arzt müssen eindeutig identifizierbar sein)
- Diagnose (mindestens eine behandlungsbegründende Diagnose, egal ob nur als Freitext, nur als ICD-10-Code oder sowohl ICD-10-Code als auch Freitext)
- mindestens ein konkretes Heilmittel (Ihre Praxis muss die Zulassung für das verordnete Heilmittel haben)
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes (Stempeldaten können auch durch Computeraufdruck auf der Verordnung stehen)

Fehlen Angaben oder sind Angaben falsch, so können diese noch bis zum Tag der ersten Behandlung vom Arzt (auch per Fax) ergänzt/korrigiert werden. **Aufpassen:** Das Änderungsdatum darf nicht später als der erste Behandlungstermin sein. Sind die Angaben vollständig und richtig, kann die Behandlung begonnen werden.

### Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?

Die Behandlungsmenge darf für normale Verordnungen die in der Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs angegebene zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dabei gilt für den ganzen Heilmittelkatalog:

- Physiotherapie:** max. 6 bzw. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Podologie:** max. 6 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Logopädie:** max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ergotherapie:** max. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- Ernährungstherapie:** siehe Schritt 3

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistungen erbracht werden. Im Verlauf der Behandlung müssen jetzt sonstige notwendige Ergänzungen und Korrekturen bis spätestens zur Abrechnung erledigt werden.

Hat der Arzt die Höchstmenge je Verordnung überschritten, müssen Sie jetzt noch in Schritt drei prüfen, ob Sie diese zusätzlichen Behandlungseinheiten möglicherweise doch erbringen und abrechnen dürfen.

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Techniker Krankenkasse</b>	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten <b>Benjamin Müller</b> Musterstraße 42 D 24111 Kiel	
Unfallfolgen		
BVG	Kostenträgerkennung <b>101377508</b>	Versicherten-Nr. <b>K746920</b>
	Betriebsstätten-Nr. <b>019964200</b>	Arzt-Nr. <b>3667196</b>
<b>Behandlungsrelevante Diagnosen</b> ICD-10 - Code		
	<b>I64</b>	Schlaganfall
Diagnosegruppe	<b>ZN</b>	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog
Leitsymptomatik ( <i>patientenindividuelle</i> L...)		
Schädigung/Störung der L...		
<b>Heilmittel nach Maßgabe des K...</b> Heilmittel		
<b>KG-ZNS als Doppelbehandl...</b>		
Ergänzendes Heilmittel		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Therapiebericht</b> <b>Haus...</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Dringlicher Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen</b>		
ggf. Therapieziele / weitere Maßnahmen		
<b>IK des Leistungserbringers</b>		
<b>2. Erkrankungen der ZNS-Erkrankungen einschließl. ZNS-Erkrankungen einschließl. z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prä-, peri-, postnatale Schädelhirn- und Rückenmarkserkrankungen (z. B. infantile Zerebralparese)</li> <li>• Fehlbildungssyndrome (z. B. Myelocoele, Spina bifida)</li> <li>• zerebrale Ischämie, Blutungen, Hypoxie (z. B. P20.-), Tumoren</li> <li>• Schädelhirn- und Rückenmarkserkrankungen (z. B. Meningoencephalitis (A80.-), Enzephalitis (A80.-))</li> </ul>		
<b>1a</b> <b>Optional: VO extrabudgetäre Verordnungen</b> Extrabudgetäre Verordnungen für vereinbarte Diagnosen für E74.0; E75.0; E76.0; F84.0; G80.0 bis 4/8/9; G82.0 bis 0/4.0 bis 6/8/9; Q05.0 bis 0/9.0 bis 2/9; Q91.0 bis 7/9.0 Besonderer Verordnungsbeschluss für B94.1 <sup>9</sup> ; C70.0/1/9 <sup>9</sup> ; C71.0 bis 9 <sup>9</sup> ; C72.0 bis 5/8/9 <sup>9</sup> ; F83 <sup>10</sup> ; G10; G11.0 bis 4/8/9; G20.1- <sup>9</sup> ; G21.3; G21.4; G21.8; G35.0; G35.1-; G35.2-; G35.3-; G35.9; G36.0; G36.1; G36.8; G36.9; G37.0 bis 5/8/9; G70.0; G81.0; G81.1; I60.0 bis 9 <sup>9</sup> ; I61.0 bis 6/8/9 <sup>9</sup> ; I63.0 bis 6/8/9 <sup>9</sup> ; I69.0 bis 4/8 <sup>9</sup> ; M30.0; M31.3; M33.0; M33.1; M33.2; M47.0- <sup>9</sup> i.V.m. G99.2; M47.1- <sup>9</sup> i.V.m. G99.2; M47.2- <sup>9</sup> i.V.m. G55.2; M47.9- <sup>9</sup> i.V.m. G99.2; M47.9- <sup>9</sup> i.V.m. G55.2; M48 i.V.m. G55.3; M50.0 <sup>6</sup> i.V.m. G99.2; M50.1 <sup>6</sup> i.V.m. G55.1; M51.0 <sup>6</sup> i.V.m. G99.2; M51.1 <sup>6</sup> i.V.m. G55.1; S14.0 <sup>9</sup> ; S14.1- <sup>9</sup> ; S14.2 <sup>9</sup> bis 6 <sup>9</sup> ; S24.0 <sup>9</sup> ; S24.1- <sup>9</sup> ; S24.2 <sup>9</sup> bis 6 <sup>9</sup> ; S34.0 <sup>9</sup> ; S34.1- <sup>9</sup> ; S34.2- <sup>9</sup> ; S34.3- <sup>9</sup> ; S34.4 <sup>9</sup> ; S34.5/6/8 <sup>9</sup> ; T09.3 <sup>9</sup>		
Diagnosen für Blankoverordnungen: <span style="float: right;">Details voraussichtlich ab März</span>		



**01 Heilmittelverordnung 13**

geb. am 09.12.60

nr. 3527 Status 1000000

Datum 07.01.2021

erfall am 12.11.2020

ommatik  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik als Freitext angeben

Muskelfunktion

Behandlung	Behandlungseinheiten
	120

besuch  ja  nein

Therapiefrequenz 1-5x wöchentlich

**1. Befunde und Hinweise**

366719610 019964200  
 Dr. med. Stefan Bringhaus  
 Neurologe  
 Dümmelsbeker Weg 30, 24300 Kiel  
 Tel. 334408 Fax 334409

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

### Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre, längerfristige (12-Wochen) Verordnung?

Liegt bei dem Patienten ein langfristiger Behandlungsbedarf (LHB) oder ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) vor, kann der Arzt Behandlungseinheiten über die Höchstmenge je Verordnung hinaus verordnen – und zwar für einen Zeitraum von zwölf Wochen. Daher müssen in diesem Schritt drei Punkte geprüft werden:

**a)** Steht die behandlungsbegründende Diagnose der jeweiligen Verordnung auf der Diagnoseliste des LHB (Anlage 2 HeilM-RL) oder auf der Diagnoseliste des BVB? Ein Blick in die verordnete Diagnosegruppe des HMK reicht. Einige Patienten haben einen langfristigen Heilmittelbedarf genehmigt bekommen. Auch dann liegt ein LHB vor. Steht die Diagnose für diese Diagnosegruppe nicht in einer der beiden extrabudgetären Listen oder liegt kein individueller LHB vor, muss die Höchstverordnungsmenge eingehalten werden.

Haben Sie die Diagnose in einer der beiden extrabudgetären Listen der verordneten Diagnosegruppe gefunden, steht der nächste Punkt zur Prüfung an.

**b)** Einige, jedoch nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch zusätzliche Hinweise in ihrer Gültigkeit eingeschränkt. Für die Gültigkeitsprüfung der Heilmittelpraxis ist an dieser Stelle nur die Prüfung der Altersgrenze (z. B. älter als 70 oder jünger als zwölf Jahre) entscheidend. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Hinweise zur Diagnostik (z. B. ab 50° nach Cobb) oder zum Akutereignis (z. B. längstens 6 Monate nach Akutereignis) müssen vom Heilmittelerbringer nicht geprüft werden.

Stimmen Alter und sonstige Einschränkungen, müssen Sie nur noch den letzten Punkt prüfen.

**c)** Die Behandlungseinheiten sollen in einem Zeitraum von zwölf Wochen erbracht werden können. Dazu rechnet man die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne. Das Ergebnis sollte kleiner oder gleich zwölf sein. Ist das Ergebnis Ihrer Prüfung größer als zwölf können Sie nach Rücksprache mit dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Frequenzspanne anpassen.

Für alle Fälle, bei denen die Höchstverordnungsmenge überschritten worden ist, gilt, dass eine Änderung der Menge nicht notwendig ist. Die zu viel verordneten Behandlungseinheiten verfallen einfach. Darüber sollte der Arzt jedoch informiert werden, damit er seine Budgetbuchhaltung entsprechend korrigieren kann.

**Aufpassen:** Behandlungen über die zulässige Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder bei extrabudgetären Verordnungen über die kalkulatorische Zwölf-Wochen-Frist hinaus, werden von den Kassen nicht bezahlt. ■ [bu]

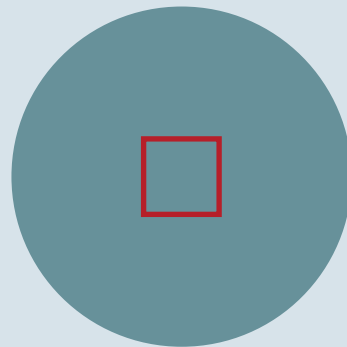
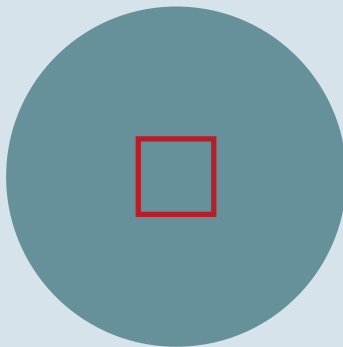
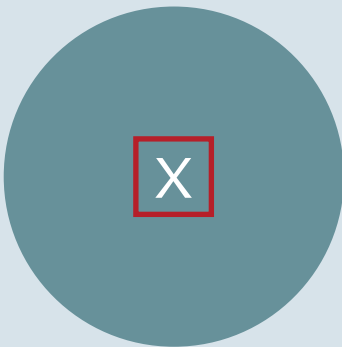
<sup>9</sup> = längstens 1 Jahr nach Akutereignis (nicht prüfungsrelevant)

**Besonderheit Doppelbehandlung:** Bei Heilmitteln, die als Doppelbehandlung verordnet worden sind, werden zwei Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang erbracht. Die Berechnung der Zwölf-Wochen-Frist muss das berücksichtigen. In diesem Fall müssen die 120 Behandlungseinheiten wegen Doppelbehandlung durch 2 geteilt werden. Das Ergebnis, nämlich 60 Behandlungstermine, wird geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne, hier 5. Das Ergebnis 12 bedeutet: Die Verordnung kann innerhalb von zwölf Wochen abgearbeitet werden.

## Weniger Prüfaufwand für Heilmittelpraxen

Therapeuten müssen zeitliche und diagnostische Einschränkungen bei besonderem Verordnungsbedarf nicht prüfen

Bei Patienten mit besonderem Verordnungsbedarf wird bei einigen Diagnosen der Zeitraum für extrabudgetäre Verordnungen durch Bezug auf das „Akutereignis“ zeitlich begrenzt. Diese zeitliche Einschränkung spielt für die Gültigkeit einer Heilmittelverordnung und die Prüfung der Überschreitung der Höchstverordnungsmenge jedoch keine Rolle. Darauf hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband hingewiesen.





Die Überprüfung der Einhaltung der Höchstverordnungsmenge auf einer Verordnung ist seit dem 1. Januar 2021 in den meisten Praxen eine bewährte Routine geworden. Denn seitdem gilt, dass Verordnungen nur dann die in der Diagnosegruppe vorgegebene Höchstverordnungsmenge überschreiten dürfen, wenn ein langfristiger Heilmittelbedarf (LHB) oder eine Diagnose in Verbindung mit einer Diagnosegruppe gemäß der Liste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB) vorliegt. Das Vorliegen des besonderen Verordnungsbedarfs wird bei einigen Indikationen der Dauer nach eingeschränkt, z. B. bei der Indikation I63.0 Hirninfarkt: „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ (siehe Abb. 1). Dazu hatten wir in der **up-Ausgabe 02\_2021** im Verordnungcheck empfohlen, auch die zeitliche Einschränkung zu prüfen, wenn denn das Akutereignis auf der Verordnung vermerkt wurde.

**„Akutereignis“ ist das Ausstellungsdatum der ersten Verordnung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat **up|unternehmen praxis** jetzt darauf aufmerksam gemacht, dass eine Angabe des „Akutereignis“ nicht auf der Heilmittelverordnung erfolgen muss. Das „Akutereignis“ sei ausschließlich relevant für die Anerkennung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGBV, so die KBV. Und sie stellt weiter klar: „Für Besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation „längstens (...) nach Akutereignis“ ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code für die Berücksichtigung und die Fristberechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

nach § 106b Abs. 1 SGBV maßgeblich (siehe Protokollnotiz zu § 14 Abs. 1 - Seite 19 - DTA-Vertrag).“ Damit ist geklärt, dass mit dem Begriff „Akutereignis“ immer das Verordnungsdatum der ersten Verordnung zu einer Indikation gemeint ist.

**Nur drei Punkte prüfen**

Hinsichtlich der Prüfpflicht der Heilmittelerbringer sind sich KBV und der GKV-Spitzenverband einig, dass das Akutereignis sowie weitere Hinweise und Spezifikationen der nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V vereinbarten Besonderen Verordnungsbedarfe (z.B. Diagnostische Einschränkungen, siehe Abb. 2) nicht durch den Heilmittel-Leistungserbringer zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung geprüft werden. Eine Überschreitung der Höchstmenge je Verordnung ist, nach Maßgabe der in § 7 Abs. 6 Satz 2 und 3 Heilmittel-Richtlinie genannten Kriterien, ohne Berücksichtigung des Akutereignisses und ggf. weiterer Hinweise und Spezifikationen möglich.

Die Prüfpflicht des Therapeuten hinsichtlich des Überschreitens der Höchstverordnungsmenge bezieht sich also ausschließlich auf die folgenden drei Punkte:

- Ist der/die ICD-10-Codes in der BVB Liste aufgeführt?
- Wird zum betreffenden ICD-10-Code die Diagnosegruppe aufgeführt?
- Liegt ggf. eine Altersbeschränkung für die Anerkennung als BVB vor? ■

[bu]

Abbildung 1 | Zeitliche Einschränkung

Hirninfarkt:	ZN	EN1	SC/SP5/ SP6/ST1	<del>längstens 1 Jahr nach Akutereignis</del>
Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien				
Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien				
Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				

Zeitliche Einschränkungen bei Indikationen des besonderen Verordnungsbedarfs müssen nicht vom Therapeuten geprüft werden. Eine vom Arzt verordnete Überschreitung der Höchstverordnungsmenge kann vollständig erbracht werden, wenn der/die ICD-10-Codes, die Diagnosegruppe und ggf. eine Altersbeschränkung der Diagnoseliste des BVB entsprechen.

Abbildung 2 | Diagnostische Einschränkungen

M41.2- M41.5-	Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose	WS/AT	SB1	<del>ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen</del>
M42.04	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich)	WS		<del>kleinste Kyphose ab Gesamt kyphose</del>
M42.05	Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)			<del>winkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr</del>

Diagnostische Einschränkungen bei Indikationen des besonderen Verordnungsbedarfs müssen nicht vom Therapeuten geprüft werden. Eine vom Arzt verordnete Überschreitung der Höchstverordnungsmenge kann vollständig erbracht werden, wenn der/die ICD-10-Codes, die Diagnosegruppe und ggf. eine Altersbeschränkung der Diagnoseliste des BVB entsprechen.

# Schiedsverfahren bei Logopäden beendet

Neuer Versorgungsvertrag Stimm-, Sprech-,  
Sprach- und Schlucktherapie in Kraft getreten

**BUNDESEINHEITLICHER  
VERTRAG | 16 03 2021**

Der neue bundeseinheitliche Versorgungsvertrag für Logopäden ist nach einer Entscheidung im Schiedsverfahren am 16. März 2021 in Kraft getreten und löst damit die vielen Rahmenverträge auf Landesebene ab. Mit dem neuen Versorgungsvertrag ist gleichzeitig das Verfahren zur Zulassung zur Versorgung von GKV-Versicherten neu aufgesetzt worden. Hier eine Zusammenfassung der altbekannten und neuen Inhalte des Vertrags.

Bisher wurden die Beziehungen zwischen Logopäden und der GKV sehr umständlich und bürokratisch in Rahmenempfehlungen auf Bundesebene und Rahmenverträgen auf Landesebene geregelt. In jedem Bundesland gab es andere Verträge, die sich zudem auch noch jeweils nach Kassenarten unterschieden. Damit ist es seit dem 16. März 2021 vorbei, denn seitdem ist der neue bundeseinheitliche „Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGBV über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung“ gültig und ersetzt alle alten regionalen und kassenartspezifischen Vereinbarungen. Es gilt nur noch ein Vertrag für alle Logopäden, egal bei welcher gesetzlichen Krankenversicherung ein Patient versichert ist.

### Versorgungsvertrag ist deutlich umfangreicher

Der Vertrag regelt alle Einzelheiten der Versorgung von GKV-Versicherten, umfasst 34 Seiten und beinhaltet sieben Anlagen mit weiteren sieben Anhängen. Das ist im Vergleich zu den alten Verträgen deutlich umfangreicher. Das hat auch damit zu tun, dass das alte, außerhalb der Rahmenverträge geregelte Zulassungsverfahren jetzt in den neuen Versorgungsvertrag mit aufgenommen wurde.

**Hinweis:** Die Anlagen zum Vertrag regeln die Leistungsbeschreibung, die Vergütungsvereinbarung/Preisliste, die Ordnungsprüfung ärztlicher und zahnärztlicher Verordnungen, Details zur Fortbildungspflicht sowie Formalien zur Zulassung.

Der Vertrag selbst fasst die bislang geltenden Regeln der verschiedenen Rahmenverträge zu einem einheitlichen Regelwerk zusammen, ergänzt um die bisher-

gen Regeln der Zulassungsempfehlungen. Bis auf wenige Ausnahmen werden im Vertragstext ergänzend lediglich die relevante aktuelle Rechtsprechung (z. B. Zulassung für Hausbesuchtherapeuten), bestehende gesetzliche Regeln (z. B. BGB) und die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie zusammengefasst. Überraschungen oder neue strukturelle Veränderungen finden sich im Vertragstext nicht.

### Neu: Fristenregelung für Verordnungen

Einige Veränderungen bzw. Besonderheiten gibt es im Text dann aber doch. „In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Laufzeit länger als in anderen Heilmittelbereichen sein,“ heißt es in § 7 Abs. 5 des Vertrages. Damit begründen die Vertragspartner eine neue Fristenregelung für Logopädieverordnungen:

- Bei Verordnungen mit bis zu zehn verordneten Therapieeinheiten verliert die Verordnung nach sieben Monaten ihre Gültigkeit.
- Bei Verordnungen mit bis zu 20 Therapieeinheiten oder bei extrabudgetären Verordnungen (LHB, BVB) verliert die Verordnung nach neun Monaten ihre Gültigkeit.

Damit wird die Prüfung des Unterbrechungsintervalls von über 14 Tagen faktisch abgeschafft. Zwar werden für begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen die Angabe der Kürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) vereinbart, gleichzeitig verzichten die Kassen in Anlage 3 jedoch auf eine Absetzung oder nachträgliche Korrektur, wenn die Kürzel (FKT) fehlen. Das ist neu.

---

## Weitere Neuerungen:

- Praxisinhaber sind zukünftig zur Auszahlung von zu viel eingezogenen Zuzahlungen verpflichtet. Das ist im SGB V so nicht vorgesehen und bedeutet Mehraufwand in den Praxen. (§ 8 Abs. 4)
- Endlich wird vereinbart, dass GKV-Versicherte das Recht haben, sich private Leistungen zusätzlich zur verordneten GKV-Leistung zu kaufen. Aber, so die Bedingung in § 8 Abs. 5: „Die Vereinbarung einer Leistung zusätzlich zur verordneten Leistung darf nicht zur Bedingung einer Vertragsleistung werden.“
- Angestellte Therapeuten „sollen an Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren“ – was auch immer man sich unter angemessen vorzustellen hat. Dazu sollen „die zugelassenen Leistungserbringer [...] vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.“ (§ 16a)
- Die Frist für die Abrechnung einer Verordnung ist im Vertrag noch einmal gekürzt worden. Jetzt gilt, dass Verordnungen, die nicht innerhalb einer Frist von neun Monaten nach Behandlungsende abgerechnet worden sind, verfallen (§ 18 Abs. 5). Immerhin sind die Zahlungsfristen für die Kassen auf 21 Kalendertage vereinheitlicht worden.
- Ebenfalls vereinbart wurde, dass säumige/verspätete Kassen-Zahler nach den Regeln des § 288 BGB mit Verzugszinsen und Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 Euro bestraft werden können. (§ 18 Abs. 13).

**Achtung:** Die Maßnahmen bei Vertragsverstößen sehen in § 19 Abs. 1 in schwerwiegenden Fällen eine Strafe in Höhe von fünf Prozent des Vorjahresumsatzes vor.

---

## Inhalte der Anlage 1:

---

### Therapeutische Diagnostik und Dokumentation

Die Leistungsbeschreibung in Anlage 1 hat sich mit dem neuen Vertrag ebenfalls verändert. Aus therapeutischem Befund ist die therapeutische Diagnostik geworden. Wo früher die sogenannte „Vor- und Nachbereitung“ mit einer Regelleistungszeit von zehn Minuten definiert war, gibt es jetzt keine Zeitangabe mehr. Und die Verlaufsdocumentation, vorher Bestandteil der Regelbehandlungszeit, muss jetzt ausdrücklich außerhalb der Regelbehandlungszeit durchgeführt werden. Damit verlängert sich die zusätzliche Zeit, die Therapeuten für Vor- und Nachbereitungszeit und Dokumentation benötigen auf mindestens 15 Minuten. Eine Zeit, die aber gar nicht mehr explizit in der Leistungsbeschreibung auftaucht, und damit bei Vergütungsverhandlungen auch nur schlecht konkretisiert werden kann.

---

### Berichte

Zudem wird das Berichtswesen der Logopäden geregelt. So gilt ab sofort, dass ein Bericht an den behandelnden Arzt zwingend ausschließlich auf dem Vordruck gem. Anlage A erstellt werden muss. Weiterhin gilt, dass Therapeuten diesen Bericht, im Gegensatz zur bisherigen Leistungsbeschreibung, außerhalb der Regelbehandlungszeit schreiben müssen. Der Vordruck ist inhaltlich mehr oder weniger wertlos, ein besseres Verordnungs-Nachbestell-Blatt. Vernünftigerweise heißt es auch nur Verordnungs-Bericht. Immerhin gibt es dafür 5,50 Euro. So wird wenigstens die zusätzlich aufzubringende Zeit bezahlt.

---

### Zusatzberichte an Ärzte und MDK

In Anhang B der Anlage 1 findet sich ein Anforderungsbogen, mit dem Ärzte oder der medizinische Dienst einmal im Kalenderjahr einen zusätzlichen, ausführlichen Bericht anfordern können. Damit die Ärzte verstehen, dass dieser Bericht aus ihrem Heilmittel-Budget bezahlt wird, steht auf dem Anforderungsblatt: „Mit dieser Anforderung lösen Sie Kosten aus. Die Krankenkasse zahlt das Honorar direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten.“ Der aufgrund dieser Anforderung zu erstellende Bericht wird im Anhang C der Anlage 1 spezifiziert. Offensichtlich finden die Vertragspartner, dass Logopäden feste Vorgaben für Berichte benötigen, Freiraum für eigene Berichtsformate gibt es in der Leistungsbeschreibung nicht mehr.

## Inhalte der Anlage 2:

### Vergütungen

Die Anlage 2 – Vergütungsvereinbarung legt in Vergütungslisten für vier Zeiträume bis zum 20. Juni 2024 mit schwachen Steigerungsraten fest, dass sich die Preise für Logopädie vermutlich schon bald schlechter entwickeln werden als die Inflationsrate. Aber Nachverhandlungen gibt es nicht, denn in einer separaten Protokollnotiz haben die Vertragsparteien schon fest vereinbart, dass „rückwirkende Vergütungserhöhungen ausgeschlossen“ sind. Außerdem ist man sich einig darin, „dass die Preise während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung geeignet sind, eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu ermöglichen.“ Überhaupt, mit dieser Protokollnotiz haben sich die sprachtherapeutischen Verbände keinen Gefallen getan. Denn zusätzlich zu den oben schon zitierten Passagen findet sich die Aussage: „Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Einzelpraxen ohne therapeutische Mitarbeitende nicht allein als Maßstab für die Berechnung der Vergütungen geeignet sind.“ Nur diese Aussage steht im extremen Gegensatz zu den frei verfügbaren Daten der Berufsgenossenschaft. Wenn es Einzelkämpfer unter Heilmittelerbringern gibt, dann doch wohl Logopäden.

## Inhalte der Anlage 3:

### Checklisten für Verordnungsprüfung

Die Anlagen 3a und 3b sind die Checklisten für die Verordnungsprüfung von ärztlichen und zahnärztlichen Logopädieverordnungen. Der Inhalt ist weitestgehend durch die Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie vorgegeben, also kein Verhandlungsergebnis, sondern schlichtes Abarbeiten klarer Vorgaben. Und die im Vertragstext geregelten besonderen Unterbrechungsregeln mit Laufzeitregelungen für Verordnungen findet man hier ebenfalls wieder. Auf der Rückseite der Verordnungen müssen die Initialen der behandelnden Therapeuten zusätzlich angegeben werden. Und wer eine fehlerhafte Verordnung zur Abrechnung gegeben hat, darf diese in bestimmten Fällen nachträglich korrigieren, muss dafür jedoch 40 Euro Bearbeitungsgebühr zahlen.

## Inhalte der Anlage 4:

### Fortbildungen

Anlage 4 regelt die Fortbildungspflichten, hier gibt es nicht viel Überraschendes. Jetzt bringen auch Online-Fortbildungen Punkte, wenn das Thema stimmt. Und die Praxisinhaber sollen darauf achten, dass auch die Angestellten Fortbildungspunkte sammeln.

## Inhalte der Anlage 5 und 6:

### Altbekanntes

Anlage 5 und 6 sind dann die mehr oder weniger bekannten Zulassungsvoraussetzungen und die Anerkenniserklärung dieses Vertrages.




# Versorgungsvertrag der Logopäden

## Diesen Vertrag hätte kein Verband unterschreiben dürfen

Ein Kommentar von Ralf Buchner

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wollte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn 2019 den Weg frei machen für umfassende Reformen der Zusammenarbeit zwischen Heilmittelerbringern und der GKV. Jetzt liegt endlich der Versorgungsvertrag für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie vor. Wer darin nach Spahns Reform sucht, wird enttäuscht. Stattdessen liegt ein Vertrag vor, der von tiefer Unkenntnis der therapeutischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Logopädiepraxen zeugt.



Und um es gleich vorwegzusagen: Diesen Versorgungsvertrag hätte kein Verband jemals unterschreiben dürfen! Schon allein aus Gründen der Solidarität. Einer der vier Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckverbänden hatte das Schiedsverfahren angerufen, um unter anderem für höhere Vergütungen zu sorgen. Das hat nicht geklappt, weil drei der vier Verbände sich im Schiedsverfahren „den Antrag des GKV-Spitzenverband zu eigen“ gemacht haben. Das ist ein Novum: Verbände paktieren offen mit der GKV gegen die eigene Branche und die Interessen der eigenen Mitglieder.

**Aber losgelöst von dieser Stilfrage gibt es noch weitere gute Gründe, warum dieser Vertrag niemals von einem Verband hätte unterschrieben werden dürfen:**

**1. Verleugnung der Realität:** In einer Protokollnotiz zur Vergütungsvereinbarung wird festgestellt, dass sich die Vertragspartner darüber einig sind, „dass Einzelpraxen ohne therapeutische Mitarbeitende nicht allein als Maßstab für die Berechnung der Vergütungen geeignet sind.“ Das heißt, zur Berechnung der Wirtschaftlichkeit einer Praxis wird nicht auf die Einzelpraxis geschaut. Dabei weisen Statistiken, GKV-Zahlen und die Zahlen der BGW nach, dass in der Versorgungsrealität zwischen 50 und 60 Prozent der Logopädiepraxen Einzelpraxen sind. Wieso unterschreibt ein Verband eine solche, falsche Kalkulationsgrundlage und legt damit den Grundstein für nachweislich falsch kalkulierte Preise?



## Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -

Viertes Kapitel - Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (§§ 69 - 140h)

Fünfter Abschnitt - Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln (§§ 124 - 125b)

### § 125 Verträge

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. <sup>2</sup>Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. <sup>3</sup>Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 zu schließen. <sup>4</sup>Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen. <sup>5</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die Preise der einzelnen Leistungspositionen sowie einheitliche Regelungen für deren Abrechnung,
- 1a. die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 32 in elektronischer Form, die
  - a) festzulegen haben, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 33a Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen, und
  - b) mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86 vereinbar sein müssen,
2. die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung,
3. die erforderlichen Weiterbildungen der Leistungserbringer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie,
4. der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbereitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,
5. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,

**2. Blick in die Glaskugel:** Der neue Versorgungsvertrag sieht in seiner Vergütungsvereinbarung gestaffelte Preiserhöhungen bis zum 30. Juni 2024 vor. In einer weiteren Protokollnotiz bescheinigen sich die Vertragspartner gegenseitig, „dass die Preise während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung geeignet sind, eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu ermöglichen.“ So sicher sind sich die Vertragspartner über die Zukunft, dass „für die weiteren Verhandlungen über Vergütungen ab dem 01.07.2024 [...] rückwirkende Vergütungsforderungen ausgeschlossen“ sind. Das kann doch nicht ernst gemeint sein: In Zeiten, in denen man kaum zwei Monate im Voraus sagen kann, welche Geschäfte geöffnet sind, in denen eine geordnete Planung von Wirtschaftsdaten quartalsweise korrigiert wird, unterschreiben Verbände einen Vertrag, der sie bei lächerlich niedrigen Preiserhöhungen auf Jahre hinaus bindet und bei dem es keinen Spielraum für Nachverhandlungen gibt?!

**3. Entkoppelung Preis/Leistung:** In den alten Leistungsbeschreibungen waren die Regelbehandlungszeiten und die Vor- und Nachbereitungszeiten noch mit Minutenwerten belegt. Alle anderen Leistungen waren vereinbarungsgemäß Bestandteil dieser Minutenwerte. Damit war es möglich, einen festen Minutenpreis auf Basis einer konkreten Preis-/Leistungs-Zuordnung zu berechnen. Das ist in der neuen Leistungsbeschreibung ganz anders, dort fehlt ein Minutenwert für die Vor- und Nachbereitung und die Verlaufsdocumentation darf ausdrücklich nicht in der Regelbehandlungszeit gemacht werden. Damit ist klar, dass es keine konkrete Preis-/Leistungs-Zuordnung mehr gibt. Das ist etwa so, als wenn ich den Preis für eine Pizza aushandeln möchte, ohne zu wissen, welchen Durchmesser und Belag die Pizza hat. Man möchte meinen, dass so etwas keiner macht – leider schon: die Verbände, die diese Leistungsbeschreibung unterschrieben haben.

**4. Gemeinsame Rechtsbeugung:** In § 125 Abs. 2, Ziffer 4 SGB V wird exakt vorgegeben, welche Punkte im Versorgungsvertrag zwischen Kassen und Verbänden vereinbart werden müssen: „... der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbereitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt...“ heißt es unter anderem. Nun habe ich oben bereits angemerkt, dass eben genau diese Vorgabe, eine konkrete Zeit für alle Leistungsbestandteile festzulegen, im neuen Vertrag abgeschafft worden ist. Anstatt also die Krankenkassen auf konkrete Leistungszeiten festzunageln, wie es das Gesetz vorgibt, haben einige Verbände sehenden Auges erst die gesetzeswidrige Leistungsbeschreibung unterschrieben und sich dann im Schiedsverfahren der Auffassung des GKV-Spitzenverbands angeschlossen, dass eine solche „Rechtsbeugung“ in Ordnung sei.

Ok, hiermit erst einmal genug. Es gibt zwar noch etwa fünf weitere Gründe, warum der Vertrag niemals von einem Verband hätte unterschrieben werden dürfen, aber die wichtigsten habe ich hier benannt. Und nun ich frage mich, wie duldsam die Inhaber von Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapiepraxen eigentlich sind. Irgendwann müssen solche absonderlichen Verhandlungsergebnisse doch auch einmal zu Konsequenzen führen, oder? ■



# Chancen und Risiken der Blankoverordnung

## Wegweiser für die Zukunft der Heilmittelbranche

Eigentlich sollte die Blankoverordnung (Blanko-VO) seit dem 15. März 2021 in trockenen Tüchern sein. Das war die Frist für den Abschluss der Vertragsverhandlungen zur Blanko-VO zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer. Passiert ist bislang noch nichts. Dennoch – oder gerade deshalb – widmen wir uns dem Thema in diesem Schwerpunkt.

### Diese Artikel lesen Sie zum Schwerpunkt **Die Blankverordnung**

<b>Teil 01</b> Hintergrund und rechtliche Vorgaben	Seite 20
<b>Teil 02</b> Medizinisch-therapeutische Aspekte	Seite 22
<b>Teil 03</b> Wirtschaftliche Aspekte	Seite 24
<b>Teil 04</b> Berufspolitische Aspekte	Seite 26
<b>Teil 05</b> Interview mit Michael Reimann (AOK)	Seite 28

Wir zeigen die rechtlichen Grundlagen und erläutern Chancen wie auch Risiken zu den medizinisch-therapeutischen, wirtschaftlichen und berufspolitischen Aspekten, die mit der Einführung der Blankverordnung einhergehen. Dazu haben wir mit Dr. Claudia Kemper, Physiotherapeutin und Gesundheitswissenschaftlerin sowie Jens Uhlhorn, ebenfalls Physiotherapeut und Inhaber mehrerer Therapiepraxen, gesprochen. Anschließend erläutert Michael Reimann, Unternehmensbereichsleiter Heilmittel bei der AOK Niedersachsen, wie die Krankenkassen zur Blankverordnung stehen.

### Terminupdate

Das Bundesministerium für Gesundheit verschiebt das Datum der Fertigstellung für Verträge zur Blankverordnung auf den 30. September 2021.



## Teil 01 Hintergrund und rechtliche Vorgaben

SGB V und Heilmittel-Richtlinie legen die Rahmenbedingungen fest

Was gemeinhin als Blankoverordnung (Blanko-VO) bezeichnet wird, heißt formal „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“. § 125a SGB V schreibt vor, was der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Heilmittel-Verbände vertraglich zu regeln haben. In § 13a der Heilmittel-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Details zum Ausfüllen des Ordnungsformulars sowie Fristen für die Gültigkeit festgelegt.

### SGB V § 125a

#### § 125a (1) legt u. a. fest:

- Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Verbände der Heilmittelerbringer schließen für jeden Bereich einen **Vertrag** über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ab.
- Die Verträge sind bis zum **15. März 2021** zu schließen.
- Gegenstand der Verträge ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die **Auswahl** und die **Dauer** der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können.
- Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen.
- Vor Abschluss der Vereinbarung ist den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

#### § 125a (2) regelt den Inhalt der zu schließenden Verträge.

##### Dazu gehört u. a.:

- welche **Indikationen** für die Blankoverordnung geeignet sind
- Möglichkeiten zur Bestimmung der **Dauer** der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden **Preisstruktur**
- Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen **Mengenausweitung**

#### § 125a (3): Schiedsstelle übernimmt

„Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 15. März 2021 zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 festgesetzt.“

#### § 125a (6): Es muss eine Evaluation stattfinden

Die Auswirkungen der Blanko-VO auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität **innerhalb der ersten vier Jahre** nach Abschluss der Verträge müssen **wissenschaftlich begleitet und evaluiert** werden.

### Heilmittel-Richtlinie § 13a

#### § 13a (1): Auf diese Angaben auf der Blankoverordnung kann verzichtet werden:

- f. Anzahl der Behandlungseinheiten
- g. Heilmittel gemäß dem Katalog
- h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“)
- i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich)

#### § 13a (2): Fristen

Die Behandlung muss innerhalb von **28 Tagen**, bei dringlichem Behandlungsbedarf innerhalb **von 14 Tagen** nach Verordnung beginnen.

Die Blankoverordnung für Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie Ernährungstherapie ist **maximal 16 Wochen**, für podologische Maßnahmen **maximal 40 Wochen** ab Verordnungsdatum gültig.

#### § 13a (3): Ärzte müssen keine Blankoverordnung ausstellen

Bei wichtigen medizinischen Gründen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeuten sprechen, können Ärzte auf die Blankoverordnung verzichten. ■

[ym]



## Werden die Ärzte Blankverordnungen ausstellen?

Ärzte können bei entsprechenden Indikationen eine Blanko-VO ausstellen, müssen es aber nicht (vgl. § 13a (3) HeilM-RL). Es stellt sich also die Frage, ob die Ärzte bei der Blankverordnung mitmachen. Einiges spricht dafür, denn mit der Blankverordnung verlagert sich die Wirtschaftlichkeitsverantwortung weg von den Ärzten hin zu den Therapeuten. Darum stehen die Ärzte der Blanko-VO auch grundsätzlich positiv gegenüber, sind sie doch für eventuelle Mengenausweitungen oder Budgetüberschreitungen nicht mehr verantwortlich. Zudem erleichtert die Praxissoftware die Ausstellung der Blanko-VO. Darin ist bereits jetzt eine Tabelle für die entsprechenden Indikationen angelegt. Noch ist diese natürlich leer. Sobald der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände diese jedoch in den Verträgen festgelegt haben, werden die Datensätze über ein Update in die Praxissoftware geladen. Wenn ein Arzt dann einen Patienten mit einer entsprechenden Indikation hat, wird ihm die Blankverordnung automatisch vorgeschlagen – und aus den oben genannten Gründen, werden die meisten Ärzte dem sicher auch zustimmen.



## Was halten Therapeuten von der Blankverordnung?

„Ich kann es als Praxisinhaber kaum erwarten bis es endlich soweit ist, weil es eine große Entlastung sein wird“, sagte der Physiotherapeut Jens Uhlhorn bei der Podiumsdiskussion im Rahmen des **up|Netzwerktreffens** am 5. März 2021 auf die Frage, wie er zur Blankverordnung stehe. „Als ich gehört habe, dass das geplant ist, dachte ich: Endlich mal ein Schritt in die richtige Richtung. Endlich Strukturreformen.“ Natürlich müsse man bei der Ausgestaltung noch ein wenig aufpassen und genau hinschauen. „Aber vom Grundsatz her: Hurra, endlich, und los geht's.“ Etwas zurückhaltender hat es die Logopädin Christiane Sautter-Müller ausgedrückt: „Als Berufsverbandsvorsitzende graust es mir vor dem nächsten Verhandlungsmarathon – ganz ehrlich.“ Als Praxisinhaberin schlage sie aber drei Kreuze, wenn sie sie habe, da sie nach wie vor viele Änderungen und Rückfragen aus der Ärzteschaft habe. Der Podologe Bastian Priegelmeir findet die Einführung der Blankverordnung auch berufspolitisch als Praxisinhaber sehr interessant, weil man damit mehr in die Richtung Selbstbestimmung / Direct Access gehen könne.

## Teil 02 Medizinisch-therapeutische Aspekte der Blankoverordnung

### Faktencheck: Chancen und Risiken

#### Chancen der Blankoverordnung für die Therapie/Behandlung:

- Intensität der Behandlung kann von den behandelnden Therapeuten selbst gesteuert werden.
- Therapie kann an die Belastungsfähigkeit des Patienten angepasst werden: Die Therapie kann täglich, mehrmals in der Woche oder einmal im Monat stattfinden.
- Therapeuten entscheiden, welches der für die Diagnosegruppe möglichen Heilmittel für den Patienten am besten ist.

#### Risiken der Blankoverordnung für die Therapie/Behandlung:

- Angst vor möglichen Falschbehandlungen bei unerfahrenen Therapeuten.
- Effekte der Blankoverordnung sind nicht messbar.
- Therapeuten setzen die Möglichkeiten der Blankoverordnung (z. B. Intensivtherapie) nicht um.

### Indikationen, Ängste, Therapiequalität und Evaluation

**Das oberste Ziel der Blankoverordnung ist, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Die Therapeuten nehmen mit der Art und Weise, wie sie behandeln, direkten Einfluss darauf. Damit geht auch eine wachsende Verantwortung einher. Wir haben nachgefragt, wie Therapeuten damit umgehen.**

Sowohl Dr. Claudia Kemper als auch Jens Uhlhorn stehen als Praxisinhaber an der Behandlungsbank – Dr. Kemper als Physiotherapeutin und sektorale Heilpraktikerin, Herr Uhlhorn als Physiotherapeut mit GKV-Zulassung. Wir haben mit den beiden über die therapeutischen Aspekte der Blankoverordnung gesprochen.

#### Punkt 1 | Indikationen

Für welche Indikationen es zukünftig Blankoverordnungen geben soll, muss erst noch in den Verträgen zur „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ festgelegt werden. Dr. Kemper ist dafür, sich zum Start auf zwei bis drei größere Indikationsgebiete zu konzentrieren. „Wir dürfen nicht zu kleinteilig werden, da es dann mit der Evaluation schwierig wird“, ergänzt sie. Am besten würden sich daher Indikationen eignen, die eine große Patientengruppe einschließen. „Für die Physiotherapie bietet sich meiner Meinung nach als aller Erstes eine Auswahl an muskuloskelettalen Erkrankungen wie z. B. Rückenschmerz oder Arthrose an.“

Jens Uhlhorn hingegen wünscht sich, dass die Blankoverordnung von Anfang an für alle Indikationen kommt. „Das bietet den Therapeuten die größtmögliche Freiheit und eine bessere Abstimmung mit den Ärzten. Es gibt ja durchaus auch diverse Mischindikationen.“ Gäbe es dann nur für einige Indikationen die Blankoverordnungen, würde das eine enorme organisatorische Herausforderung für die Praxen bedeuten.

#### Punkt 2 | Vorbehalte und Ängste

Einige Therapeuten scheuen sich davor, mit Blankoverordnungen zu behandeln. Dr. Kemper sieht dabei primär drei Vorbehalte im Fokus. Punkt eins ist die Befürchtung, nicht gut genug qualifiziert und der Verantwortung nicht gewappnet zu sein. Auch der Aspekt Patientensicherheit spiele hier hinein. „Die Diagnose liegt zwar nicht in unserem Aufgabenbereich, aber wir haben mehr Verantwortung hinsichtlich der Länge, der Frequenz und der Wahl des Heilmittels“, so die Physiotherapeutin. Auch von berufspolitischer Seite habe sie schon Vorbehalte gehört. „Insbesondere, dass uns das Ganze auf die Füße fällt, weil zu viele denken, sie können jetzt machen, was sie wollen, und dass das die Kosten im Vergleich zur regulären Versorgung nach dem Heilmittelkatalog in die Höhe treibt.“ Der dritte und größte Vorbehalt sei aber sicherlich



die wirtschaftliche Verantwortung. „Keiner weiß, was passieren wird“, so Kemper. „Meiner Meinung nach sollten wir daher einfach erst einmal schauen, was überhaupt auf uns zu kommt.“

„Die Blankverordnung ist einfach ein unbekanntes Konglomerat aus therapeutischer, wirtschaftlicher und organisatorischer Verantwortung“, findet auch Uhlhorn. „Und ich kann es auch verstehen, dass viele Praxisinhaber müde sind nach Jahrzehnten des langen Kampfes und sagen: ‚Och bitte nicht noch eine Veränderung.‘“ Andererseits seien die Chancen sehr groß, die ganzen Hindernisse zu überwinden. Dass Kollegen therapeutische Bedenken haben, das glaube er eher nicht. „Wir sind gut ausgebildet, wir haben alle ein Staatsexamen und das muss zu irgendetwas gut sein.“ Und im Endeffekt seien die Blankverordnungen nichts anderes als eine Privatverordnung, die seit Jahren geübte Praxis ist. „Inhaltlich und fachlich-therapeutisch wird sich nichts ändern“, ergänzt Uhlhorn. „95 Prozent der aktuell gültigen Kassenrezepte würde ich de facto als Blankverordnung werten – auch wenn natürlich die rechtlichen Rahmenbedingungen anders sind.“

### Punkt 3 | Qualität der Therapie

„Durch die Blankverordnung können Therapeuten viel individueller auf Patientenprobleme eingehen“, so Dr. Kemper. „Wer nach Heilmittelkatalog therapiert, hat nur geringen Handlungsspielraum. Steht auf dem Rezept zwei Mal die Woche Krankengymnastik, kann ich nicht sagen, ich therapiere aber drei Mal.“ Bei vielen chronischen Patienten wäre es jedoch sinnvoll, auch mal einen intensiveren Therapiezyklus einzubauen. Das sei bisher nicht möglich.

Auch Jens Uhlhorn sieht die Therapeuten durch die Behandlung nach Heilmittelkatalog ausgebremst. „Das, was uns aktuell massiv behindert, ist der Heilmittelkatalog, der in Bezug auf die therapeutische Versorgung ohne Sinn und Verstand ist.“ Wenn Therapeuten endlich mal das anwenden können, was sie gelernt haben, würde sich die Qualität der Therapie massiv verbessern. Das hat auch damit zu tun, dass Therapeuten viel flexibler entscheiden können,

wie intensiv die Therapie bei den einzelnen Patienten ausfallen muss. „Patienten mit Rückenschmerzen benötigen in erster Linie vielleicht primär Beratung, während beispielsweise bei Schlaganfallpatienten eine intensivere Therapie notwendig ist.“

### Punkt 4 | Evaluation

In den Vorgaben zu den Verträgen zur „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ ist festgehalten, dass parallel zur Anwendung der Blankverordnung eine Begleitforschung erfolgen muss. „Dafür benötigen wir klare Assessments, die die Therapeuten anwenden können und klare Indikatoren, die gemessen werden“, weiß die Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Kemper. „Im besten Fall können wir so darstellen, welcher Versorgungsweg effektiver ist – die Blankverordnung oder die Versorgung nach dem Heilmittelkatalog.“

Wichtig sei hier, auch sektorenübergreifend und bereichsübergreifend zu evaluieren. „Für den Bereich Physiotherapie sind beispielsweise auch Fragen von Interesse, ob die Therapie durch Blankverordnung den Bedarf an Operationen, Schmerzmedikation oder die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen gesenkt hat“, ergänzt Dr. Kemper. „Es ist wichtig, auch ein oder zwei Jahre nach Therapie zu erfassen, ob auf dem ein oder anderen Weg mehr Effektivität zu messen ist.“ Dafür stehe Therapeuten ein ganzer Strauß an guten Assessments zur Verfügung, die auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder Teilhabe der Patienten ermitteln. „Therapeuten müssen ICF-bezogen befunden und evaluieren.“

Damit Therapeuten die Ergebnisse der Therapie evaluieren können, muss es laut Jens Uhlhorn eine entsprechende Strategie geben. Aus internationalen Studien wisse man sehr gut, wie Therapie wirkt und welche Vor- und Nachteile sie hat. Für den deutschen Markt erwarte er keine anderen Ergebnisse, was die Wirksamkeit angehe. „Wir haben den Vorteil, dass wir uns an diesen evaluierten und langjährig erprobten Konzepten aus dem Ausland bedienen können“, so Uhlhorn. „Das sollten wir zu gegebenen Zeit auch tun.“ ■

[ka]

## Teil 03 Wirtschaftliche Aspekte der Blankoverordnung

Interview | Jens Uhlhorn

„Wer mehr Autonomie möchte, muss auch mehr Verantwortung tragen“

Zum Thema Blankoverordnung hat Jens Uhlhorn, Inhaber mehrerer Physiotherapiepraxen, eine klare Meinung: Die Chancen überwiegen gegenüber den Risiken. Er sieht die Blankoverordnung als einen großen Schritt für die Therapiebranche, hin zu mehr Autonomie und Eigenverantwortung. Die therapeutischen Aspekte der Blankoverordnung beleuchtet Jens Uhlhorn näher ab Seite 22. Hier berichtet er aus der Position des Praxisinhabers über die möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen der Blankoverordnung.

### Faktencheck: Chancen und Risiken

#### Chancen der Blankoverordnung für die Wirtschaftlichkeit der Therapie:

- Wirtschaftliche Therapiesteuerung durch Praxisinhaber.
- Mehr Einfluss der Therapeuten auf die Mengenentwicklung je Indikation.
- Bessere Verteilung der Therapiezeit auf die Patienten, die tatsächlich Therapiebedarf haben.

#### Risiken der Blankoverordnung für die Wirtschaftlichkeit der Therapie:

- Es kommt zu einer unkontrollierten und nicht nachvollziehbaren Mengenausweitung.
- Einzelne Praxen nutzen die Blankoverordnung zur kurzfristigen Gewinnoptimierung.
- Druckausübung durch Krankenkassen.

#### Herr Uhlhorn, welche Chancen sehen Sie aus wirtschaftlicher Sicht in der Blankoverordnung?

UHLHORN | Wir können durch die Blankoverordnung endlich die wirtschaftliche Therapiesteuerung übernehmen. Wir haben zum einen Patienten, die wir schneller behandeln können. Etwa Rückenpatienten, die im ersten Schritt oft nur eine Beratung benötigen. Das wird günstiger werden. Dann haben wir auf der anderen Seite multimorbide Patienten, die je Therapieeinheit länger behandelt werden müssen. Und dann sind da noch die Patienten, die wir häufiger behandeln müssen, etwa Schlaganfallpatienten.

#### Und welche Risiken sehen Sie?

UHLHORN | Die wirtschaftlichen Risiken für Praxisinhaber liegen in der gezielten Nutzung von bestehenden Regelungen seitens der Krankenkassen zu Ungunsten der Therapie. Bereits jetzt sind „Beraterteams“ der Krankenkassen unterwegs, um Ärzte zu „beraten“, wie sie weniger Therapie verordnen können. Zukünftig ist damit zu rechnen, dass diese „Beratungen“ auch mit Therapiepraxen stattfinden. Das ist eine höfliche Umschreibung für Druckausübung auf einzelne Leistungserbringer.

#### Gibt es Sorgen, die Ihnen die Blankoverordnung darüber hinaus aktuell bereitet?

UHLHORN | Ja, und zwar, dass die Vertragspartner sich auf kein tragfähiges Konstrukt einigen. Dass am Ende eine Lösung herauskommt, die mehr behindert als alles anderes. Wir brauchen nicht mehr Bürokratie, sondern mehr Freiheit und Offenheit. Das muss sich in den Verträgen widerspiegeln.



**Jens Uhlhorn** ist seit 1995 als selbstständiger Physiotherapeut tätig. Mittlerweile führt er mit seiner Frau mehrere Therapieeinrichtungen in Bremen und in der direkten Umgebung. Zusätzlich ist er seit über 20 Jahren als Unternehmensberater tätig. Seit 30 Jahren engagiert er sich zudem berufspolitisch, unter anderem bei den Therapeuten am Limit.



**Sie haben das Thema Verträge angesprochen. Worauf sollte Ihrer Meinung nach bei der Ausgestaltung besonders geachtet werden?**

UHLHORN | Damit sich die Branche und die einzelnen Therapierenden frei entfalten können, müssen die Verträge so offen wie möglich gestaltet sein. Wir therapieren immer mehr ältere Patienten und dass mit immer weniger Therapeuten. Das bedeutet, wir brauchen Therapiekonzepte, die regional unterschiedlich sind. Die Praxisinhaber müssen diese vor Ort mit der größtmöglichen Freiheit entwickeln können und sie müssen wirtschaftlich attraktiv sein. Das muss die Blankverordnung abbilden.

**Einige Praxen könnten die Freiräume ausnutzen und sich die „Rosinen rauspicken“ – zugunsten der Wirtschaftlichkeit der Praxis. Sehen Sie das als Risiko?**

UHLHORN | Nein, nicht wirklich. Ich sehe dafür auch gar keinen Grund. Ich denke, es wird auf der Verordnung nur noch eine Einheitsposition geben. Die Therapeuten entscheiden dann selbst, wie sie therapieren. So kann es gar nicht zu einer Rosinenpickerei kommen.

**Mit der Blankverordnung geht eine Budgetverantwortung für Heilmittel einher. Macht es Sinn, dass Praxisinhaber sich dafür vorab eine Strategie entwickeln?**

UHLHORN | Nein. Das muss sich einpendeln und hängt auch ein bisschen von den Diagnosegruppen ab. Man wird sicher mal ein Quartal darüber nachdenken müssen, welche Optionen es generell gibt. Da jetzt ins Blaue hinein zu überlegen, was meine Strategie sein könnte, sehe ich aber nicht. Was aber sicherlich sinnvoll ist, ist seine eigenen Finanzen gut im Griff zu haben, sprich die Einnahmesituation. Das ist die Basis, um zu schauen, welche Strategie man dann fährt.

„Wir brauchen nicht mehr Bürokratie, sondern mehr Freiheit und Offenheit. Das muss sich in den Verträgen widerspiegeln.“

**Meinen Sie, dass die Budgetverantwortung von außen in irgendeiner Weise geregelt werden muss?**

UHLHORN | Für mich ist klar: Wer mehr Autonomie möchte, muss auch mehr Verantwortung tragen. Ich möchte sehr gerne die gesamte wirtschaftliche Verantwortung übernehmen, weil es Steuerungsmöglichkeiten erlaubt, die uns bisher von außen übergestülpt wurden. Mit irgendwelchen Verwerfungen, oder dass das Budget auf einmal explodiert, rechne ich aber nicht. Wir haben eine schrumpfende Anzahl an Therapeuten, müssen gleichzeitig aber immer mehr Leute versorgen. Das Budget ist de facto also durch die Anzahl an Therapeuten begrenzt. Maßnahmen wie Mengenbegrenzungen oder Vergütungsabläufe sehe ich nicht als notwendig an.

Kurzfristig, also innerhalb der ersten beiden Quartale, erwarte ich tatsächlich wenig Veränderung. Danach aber sehr deutliche, weil man Dinge ausprobieren. Unter dem Strich werden die mittel- und langfristigen Perspektiven die gesamte Branche auf den Kopf stellen.

*Herr Uhlhorn, vielen Dank für das Gespräch.*

■ [Das Gespräch mit Jens Uhlhorn führte Kea Antes]

## Teil 04 Berufspolitische Aspekte der Blankoverordnung

Interview | Dr. Claudia Kemper  
**„Der Direktzugang ist für mich das eigentliche Ziel“**

Als Physiotherapeutin mit eigener Praxis und Gesundheitswissenschaftlerin blickt Dr. Claudia Kemper mit zwei Brillen auf das Thema Blankoverordnung: aus Sicht der Praxisinhaberin sowie der Wissenschaftlerin. Schon Anfang 2019 sprach sie sich in einem Interview mit **up** für die Blankoverordnung aus – auch im Hinblick auf einen möglichen Direktzugang. Wir haben jetzt noch einmal mit ihr über das Thema gesprochen – zu Chancen und Risiken aus therapeutischer Sicht (mehr dazu auf Seite 22), aber auch zu berufspolitischen Aspekten.

### Faktencheck: Chancen und Risiken

#### Chancen der Blankoverordnung für die berufspolitische Entwicklung:

- Therapieberufe können für Nachwuchs attraktiver werden.
- Positive Effekte der Therapiesteuerung sind belegbar.
- Möglicherweise ein Schritt hin zum Direktzugang.

#### Risiken der Blankoverordnung für die berufspolitische Entwicklung:

- Es gelingt nicht, die Reform der Berufsgesetze an die neuen Freiräume anzupassen.
- Die Therapeuten zeigen, dass sie mit dem Mehr an Verantwortung nicht umgehen können.
- Rosinenpickerei einzelner Praxen kann durch die Branche nicht verhindert werden.

#### Dr. Kemper, wie sind Sie jetzt, zwei Jahre nach unserem Interview, dem Thema Blankoverordnung gegenüber eingestellt?

KEMPER | Da hat sich nichts geändert. Die Blankoverordnung ist für mich der Spatz in der Hand und der Direktzugang die Taube auf dem Dach. Sprich, der Direktzugang ist für mich das eigentliche Ziel. Aber da der gerade schwer zu erreichen ist, ist der Spatz in der Hand das, womit ich erst einmal zufrieden bin.

#### Was sollte das Ziel der Vertragsverhandlungen zur Blankoverordnung mit dem GKV-Spitzenverband sein?

KEMPER | Dass daraus Verträge hervorgehen, die für Therapeuten attraktiv und niedrigschwellig sind, was den Zugang betrifft, also eine einfache Umsetzung. Attraktiv bedeutet hier ökonomisch aber inhaltlich attraktiv.

#### Können bzw. müssen wir etwas aus den Verhandlungen zu den Rahmenverträgen lernen?

KEMPER | Ich kann auch nur das beurteilen, was ich über die Informationen der Verbände zu hören bekomme. Gerade beim Thema Vergütung habe ich aber den Eindruck, dass die Argumentationen sehr darauf abzielen, was wir als Berufsgruppe brauchen, um – ganz plakativ gesagt – über die Runden zu kommen. Ich glaube bei den Verhandlungen zu den Blankoverordnungen müssen wir den Spieß umdrehen und uns fragen: Was erwirtschaften wir Therapeuten dem Gesundheitssystem mit effektiver Therapie? Und dann wissenschaftlich fundierte Argumente liefern, um zu sagen: Das brauchen wir für eine effektive Therapie, die wir auch monetär in das System einbringen können.

**Dr. Claudia Kemper** ist Gesundheitswissenschaftlerin und Physiotherapeutin. Sie betreibt eine eigene Praxis als sektorale Heilpraktikerin und ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der APOLLON Hochschule Bremen tätig.



Zudem würde ich mir wünschen, dass generell in Vertragsverhandlung viel stärker die therapeutisch wissenschaftliche Expertise mit einbezogen wird. Denn Fakt ist, dass wir die Blankverordnung evaluieren müssen. Und nur wenn die Evaluation erfolgreich ist, wird die Blankverordnung verstetigt. Zudem zeigen wir so auch, dass wir mit der Verantwortung umgehen können.

**Warum ist das Thema Blankverordnung berufspolitisch so relevant? Welche Chancen sehen Sie?**

KEMPER | Leider sehen wir, dass immer mehr junge Kollegen dem Beruf frustriert den Rücken zudrehen. Das können wir uns aber sowohl aus therapeutischer als auch aus gesellschaftlicher Sicht nicht leisten. Wir müssen also sehen, dass wir den Beruf attraktiver machen. Die derzeitigen Rahmenbedingungen tragen dazu aber nicht bei. Vielmehr noch, wir schöpfen nicht das volle Potenzial der Therapie aus. Wie groß dieses ist, ist in vielen Studien belegt. Doch die Rahmenbedingungen fesseln uns und verhindern, dass wir evidenzbasiert, sprich effektiv und qualitätsgesichert, arbeiten können. Die Blankverordnung kann ein Schritt sein, um das zu verbessern.

**Und welche Risiken können mit der Blankverordnung verbunden sein?**

KEMPER | Das größte Risiko ist, dass Verträge unattraktiv sind, sie hohe Hürden setzen und die Evaluation methodisch schlecht ist. Sprich, wenn das Ganze von A bis Z schlecht gemacht ist und dementsprechend auch die Ergebnisse ausfallen. Denn wenn wir zeigen, dass wir mit diesem kleinen Stück mehr an Verantwortung nicht klarkommen, dann wirft uns das um Jahre zurück.

„... die Rahmenbedingungen fesseln uns und verhindern, dass wir evidenzbasiert, sprich effektiv und qualitätsgesichert, arbeiten können.“

**Müssen die Ausbildungsprüfungsverordnungen an die neuen Freiräume der Therapeuten angepasst werden?**

KEMPER | Ja, die hätten schon vor zehn Jahren angepasst werden müssen. Es wäre gut, wenn im Hinblick auf die Blankverordnung zum Beispiel Selbstmanagement und kommunikative Elemente mehr Raum bekämen, auch gerade was die Selbstmotivation der Patienten betrifft. Andere Bereiche könnten dafür meiner Meinung nach gekürzt werden, bei den Physiotherapeuten etwa der Bereich Massagen, Hydro- oder Elektrotherapie. Unsere umfangreiche theoretisch-praktische Ausbildung an den Fachschulen ließe für solche Anpassungen genügend Raum. Schön wäre auch, wenn insbesondere aus Sicht des Direktzugangs das Screening mit drin wäre. Denn ich glaube nicht, dass wenn das Thema Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einmal verabschiedet ist, es so schnell wieder angefasst wird.

*Frau Dr. Kemper, vielen Dank für das Gespräch.*

■ [Das Gespräch mit Dr. Claudia Kemper führte Kea Antes]

## Teil 05 Interview | Michael Reimann

# „Aus Kassensicht interessiert uns, was die Therapeuten davon erwarten“

**Wir haben ja aktuell an verschiedenen Fronten Verhandlungen über Versorgungsverträge, bei denen sämtliche Zeiträume gerissen wurden, und bei denen man das Gefühl hat, dass die Fronten sowohl bei den Heilmittelerbringern als auch bei den Kassen verhärtet sind. Stimmen Sie mir hier zu?**

REIMANN | Ja, beide Seiten haben einen monatelangen Verhandlungsmarathon hinter sich. Dann kam es zum Schiedsverfahren. Das führte auch nicht gerade dazu, dass die Stimmung sich verbesserte. Nun haben wir zum Teil einen Ausgang der Schiedsverfahren, bei dem alle noch einmal vor einer nächsten Hürde stehen, weil sie weiter verhandeln müssen. Parallel hatten wir den Termin 15. März 2021 vor Augen, bis zu dem laut § 125a eigentlich die Blankoverordnung stehen sollte. Insgeheim wissen beide Seiten, dass uns hier ein weiterer Verhandlungsmarathon droht. Das drückt natürlich zusätzlich die Stimmung.

**Die Verhandlungen zu den Blankoverordnungen werden dann ja auch wieder mit den gleichen Leuten ablaufen. Also die Personen, die an anderer Stelle schon vor verhärteten Fronten stehen, müssen sich nun in den nächsten Verhandlungsmarathon begeben. Kann man das so sagen?**

REIMANN | Ja, und das ist natürlich ein Problem. Hinzu kommt aus GKV-Sicht ja noch: Die Verbände verhandeln jeweils den Vertrag für ihre Berufsgruppe. Die gleichen Personen vom GKV-Spitzenverband steckten aber in den Verhandlungen und Schiedsverfahren aller fünf Leistungsbereiche. Zum Teil gibt es zudem noch immer keine Einigungen auf eine Preisliste. Im Bereich der Physiotherapie auch nicht zur Leistungsbeschreibung. Und nun sollen die gleichen Personen gemeinsam und kreativ über neue Möglich-

keiten in der Heilmittelversorgung zu reden, also die Blankoverordnung. Das ist sicherlich schwer.

**Wie wäre es, wenn wir beide die Blankoverordnung verhandeln könnten? Wie würde es dann laufen?**

REIMANN | Aus Kassensicht interessiert uns, was die Therapeuten davon erwarten. Welche Probleme kann man ganz konkret mit einer Blankoverordnung angehen, wie kann die Versorgung dadurch verbessert werden? Hier besteht Aufklärungsbedarf für die GKV, glaube ich. Die Kassen haben Sorge vor Mengenausweitungen. Deshalb würde ich erst einmal über die Möglichkeiten, Chancen und Risiken diskutieren – zunächst ohne Verhandlungsdruck und ohne Polemik.

**Chancen und Risiken? Wie könnten wir damit bei dem Beispiel Schlaganfall umgehen?**

REIMANN | Beim Schlaganfall sind wir beide uns ja einig. Am Anfang möglichst intensiv und viel therapieren und dann später die Leistung auch ein Stück weit ausschleichen lassen. Wenn wir an Blankoverordnungen denken, könnte es so aussehen: In einem bestimmten Rahmen wird die Therapie am Anfang intensiver gestaltet, und später, bei einer Dauerverordnung muss geschaut werden, was wirklich noch notwendig ist. Oder man kommt irgendwann zu dem Schluss: Mehr ist nicht möglich, nun geht es nur noch um eine Erhaltung der Fähigkeiten, was mit einer sporadischen Physiotherapie funktioniert.

**Würde es dann nicht reichen, sich zu überlegen, wie man mit Auffälligkeiten umgeht? Dann wären wir ja beim Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie wir es von Ärzten kennen.**

REIMANN | Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Thera-

**Michael Reimann** | Unternehmensbereichsleiter  
Heilmittel bei der AOK Niedersachsen zu den anstehenden Vertragsverhandlungen bei Thema Blankoverordnungen



peuten sind nicht unser sehnlichster Wunsch. Wenn diese Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung aber verhandelt wird, dann müssen und werden wir es als Krankenkasse umsetzen. Es geht dabei nicht um einen Generalverdacht gegen alle Therapeuten, sondern um die fünf Prozent, die dann den Rahmen sprengen.

**Bei den Ärzten ist es ja so, dass sie eine Beratung bekommen, wenn sie das erste Mal auffällig werden. Wäre das nicht auch ein Konzept für die Therapeuten?**

REIMANN | Das wäre unseres Erachtens ein absolut richtiger Weg. Wir haben vor sieben Jahren angefangen, auf Regressanträge gegen Ärzte weitestgehend zu verzichten. Mithilfe von angestellten Physiotherapeuten haben wir eine intensive Arztberatung aufgebaut und sprechen im Vorfeld mit den Ärzten, sobald wir Auffälligkeiten erkennen. Das wäre mit den Therapeuten natürlich ähnlich praktikierbar im Rahmen der Blankoverordnung.

**Wie können die Kassen den Therapeuten bei der Übernahme der Verantwortung helfen?**

REIMANN | Da gibt es unterschiedliche Methoden. Die Auffälligkeitsprüfungen wie bei Ärzten haben wir bereits erwähnt. Man könnte auch mit einer Budgetsystematik arbeiten usw. Idealerweise wäre es aber so, dass wir einen medizinischen Vorteil für die Patienten in einem bestimmten Indikationsbereich herstellen, gleichzeitig einen Rahmen definieren, in dem die Therapeuten eine gewisse Freiheit haben und die Krankenkassen die Gewissheit, dass dieser Rahmen nicht gesprengt wird. Für alles, was darüber hinausgeht, übernehmen dann Ärzte oder auch die Therapeuten die wirtschaftliche Verantwortung. ▶

„Ich persönlich fände es schön, wenn im Rahmen der Verhandlung modernere, agile Methoden Anwendung finden würden.“





**Wie sieht es eigentlich mit den Zertifikatspositionen in der Physiotherapie aus? Darf ich eine Blankoverordnung annehmen, wenn ich die Zertifikatsposition gar nicht anbieten kann?**

REIMANN | Nur zwei Drittel der Praxen können MT-Zertifikate mit uns abrechnen – im Bereich KG-ZNS sind es nicht einmal 50 Prozent. Wenn der Arzt nun eine Blankoverordnung ausstellt und der Patient geht zu einem Therapeuten, der gewisse Leistungen gar nicht anbieten kann, dann ist das natürlich ein Problem. Dann wird der Therapeut etwas machen, was er kann oder darf. Aus Qualitätsgesichtspunkten dürften ausschließlich Therapeuten an Blankoverordnungen teilnehmen, die alle diese Zertifikatspositionen anbieten können. Dies dient dem Schutz des Patienten, ist allerdings natürlich kaum umsetzbar. Besser wäre es, wenn wir von den Zertifikatspositionen kurzfristig wegkommen könnten. Denn sie machen das ganze Thema unnötig kompliziert.

Es kann nicht sein, dass ein Zertifikat wie MT, das in der Leistungserbringung ja eines der Hauptleistungen ist, nicht Bestandteil der Ausbildung ist. Das passt insbesondere nicht zu einem Thema wie Blankoverordnung. Wenn wir dann wieder den Schlaganfall hernehmen, kann ich als Kasse nicht Behandlungen wie ZNS für alle freigeben, wenn ich weiß, dass die Hälfte der Therapeuten diese Leistung nicht erbringen kann.

**Wäre es eine kurzfristige Lösung, zu sagen: Bei Blankoverordnungen gibt es keine Zertifikatspositionen mehr, sondern nur noch 20, 30 oder 40 Minuten Behandlung?**

REIMANN | Die Komplexität in der Verordnung von Physiotherapie muss verringert werden, dadurch hätten die Therapeuten durchaus schon mehr Freiheit.

Das Wissen der Leistungserbringer muss aber ja trotzdem vorhanden sein. Über kurz oder lang müssten diese Zertifikats-Leistungen Teil der Ausbildung werden.

**Die bisherigen Verhandlungen gingen ja sehr langsam vonstatten. Gibt es nicht die Möglichkeit, an ein Thema wie Blankoverordnung mit einer anderen Verhandlungsstrategie heranzugehen?**

REIMANN | Ich persönlich fände es schön, wenn im Rahmen der Verhandlung modernere, agile Methoden Anwendung finden würden. Besser wäre, es eher wie ein Projekt, weniger wie eine klassische Verhandlung handhaben zu können. Dazu müssten sich die Beteiligten deutlich intensiver am Stück, und nicht nur alle zwei Wochen für einen Tag, zusammensetzen. Referenten könnten zudem Themenbereiche und Fragestellungen vorbereiten, sodass alle mit dem gleichen Wissensstand in die Verhandlungen gehen. Intensives Arbeiten heißt dann: Man macht solange weiter, bis man auch an kritischen Stellen einmal die Knoten löst. Dafür müssen sich alle mindestens zwei bis drei Tage Zeit nehmen, um das Thema ohne Verhandlungsdruck und vor allem freier zu diskutieren. Allerdings muss man auch verstehen, dass es bei dem an den Verhandlungen beteiligten Personenkreis aufgrund der vielen anderen wichtigen Aufgaben, sicherlich nicht einfach ist, sich mehrere Tage am Stück aus dem Tagesgeschäft rauszunehmen. Gerade in der aktuellen Pandemie haben beide Seiten auch viele weitere wichtige Maßnahmen vorbereitet und umgesetzt. Grundsätzlich sind dafür mehr gegenseitiges Verständnis, Vertrauen und Offenheit erforderlich.

*Herr Reimann, vielen Dank für das Gespräch.*

■ [Das Gespräch mit Michael Reimann führte Ralf Buchner]

# Betriebswirtschaft für Therapeuten

Die Therapiepraxis wirtschaftlich, methodisch und sicher führen

Betriebswirtschaft in der Praxis – das Thema steht selten auf dem Ausbildungsplan für Therapeuten. Dabei ist Betriebswirtschaftslehre (BWL) die Grundlage für eine langfristige Sicherung Ihrer beruflichen Existenz. Das Seminar vermittelt Ihnen Grundkenntnisse – übersichtlich und verständlich aufbereitet anhand von Themen und Beispielen aus dem Praxisalltag. Lernen Sie, Praxisfinanzen zu verstehen. BWA – was ist das eigentlich? Sie erfahren den Zweck von Kennzahlen und ab wann sich eine Rezeptionsfachkraft rechnet. Sie erhalten die Antwort auf die Frage, wie Sie Ihren Umsatz durch organisatorische Veränderungen optimieren können. Sie erarbeiten sich die Kriterien, wie Sie Ihre Praxis nach betriebswirtschaftlichen und therapeutischen Gesichtspunkten noch erfolgreicher führen.

## Nach dem Seminar ...

- führen Sie Ihre Praxis nach betriebswirtschaftlichen und therapeutischen Gesichtspunkten zum Erfolg
- behalten Sie Ihren Gewinn als Garant für gute Leistungen in der Zukunft im Blick
- wissen Sie, wie Sie Ideen entwickeln, die den Umsatz steigern
- lassen Sie sich Ihre Arbeit mit Privattarifen angemessen bezahlen
- wissen Sie, wann sich eine Rezeptionsfachkraft rechnet
- ermitteln Sie durch Vergleich den Erfolg Ihrer Praxis

**Zielgruppe:** Praxisinhaber, Mitarbeiter mit Abrechnungsverantwortung, Verwaltungsangestellte

**Im Seminarpreis enthalten:** umfangreiche Dokumentation, Tipps für den Praxisalltag

Termin | Das Seminar geht über zwei Tage:  
16.04.2021 von 10:00 bis 16:00 Uhr und  
17.04.2021 von 09:00 bis 15:00 Uhr

**OS** derzeit nur online

## Anmeldung unter:

www.buchner.de/bwl oder  
Telefon 0800 94 77 360  
Teilnahmegebühr Euro 399  
Ermäßigt Euro 359\*

- \* gilt 1 x mtl. für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|abo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket)
- \* Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt.  
Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.



## Referent Michael Bekaan

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

**buchner**



# Diagnosespezifikationen entschlüsseln wie ein Profi

## Das steckt hinter den ICD-10-Codes

Wie bei allen Verschlüsselungen verhält es sich auch bei der Kodierung von Krankheiten so: Wer verstehen will, was ein ganz konkreter Code bedeutet, muss das System dahinter begreifen. Dabei ist der ICD-10-Code allein nicht alles. Deshalb werfen wir für Sie einen Blick auf die Möglichkeiten der Diagnosespezifikation. Warum wird überhaupt kodiert?

**M**edizinisches Vokabular ist sehr komplex. Je nach Fachgebiet, Fort- und Weiterbildungen sowie Region des Praktizierenden können für ein und dieselbe Sache verschiedenste Begrifflichkeiten verwendet werden. Das kann zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen, die bei der Behandlung von kranken Menschen weitreichende, schlimmstenfalls tödliche Folgen haben können. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass alle Beteiligten eine einheitliche Sprache sprechen. Mithilfe einer Klassifikation wird versucht, diese Vielfalt zu vereinheitlichen und zu einem allgemein gültigen Kontext zusammenzuführen. In Deutschland werden Diagnosen (Krankheiten) mithilfe der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) verschlüsselt.

**Eines noch Vorweg:** Die Verantwortung für das fachgerechte Kodieren liegt bei den Ärzten, **nicht** bei den Heilmittelerbringern.

### ICD-10-Codes

Was ein ICD-10-Code ist und dass sich dahinter eine kodifizierte Krankheit verbirgt, ist Ihnen als Heilmittelerbringer bekannt. Wie sie einen ICD-10-Code entschlüsseln können, wissen die meisten Therapeuten inzwischen auch.

In der ICD-Systematik wird eine Krankheit oder eine Gruppe von Erkrankungen mittels eines konkreten alphanumerischen Codes (Buchstaben-Zahlen-Kode) verschlüsselt. Diese Kombination ergibt einen drei- bis fünfstelligen Code. Zu jeder dieser Schlüsselnummern gehört ein erläuternder Text (Klassentitel), also seine Dekodierung.

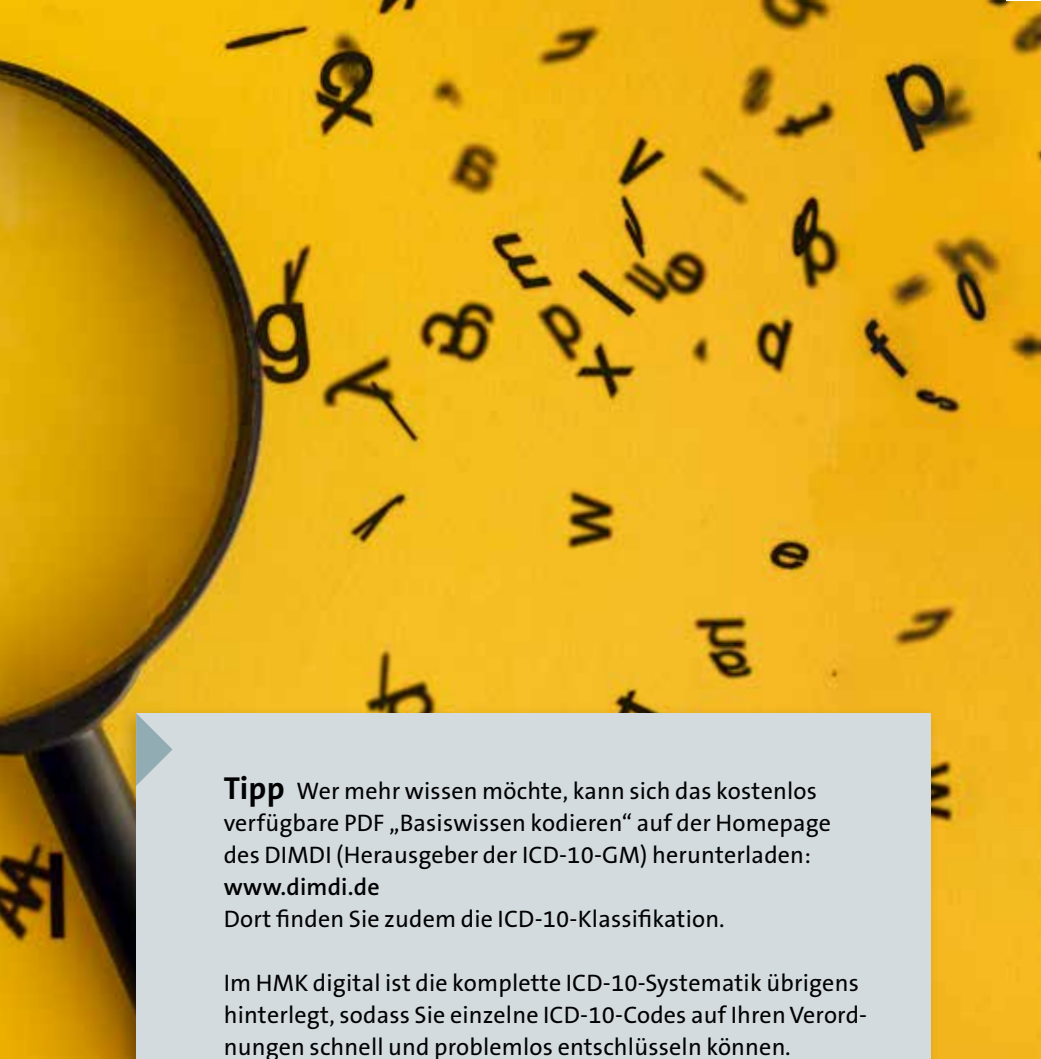
### Zusatzkennzeichen zur Diagnosespezifizierung

Im Praxisalltag gibt es Situationen, in denen es sinnvoll ist, dass der Arzt seine Diagnose weiter spezifiziert. Beispielsweise wenn es darum geht, welche Extremität behandelt werden soll. Ein Patient könnte ja bereits eine alte Hüftprothese haben und bekommt fünf Jahre später eine für die andere Hüfte. Um hier klarzumachen, welche Hüfte vom Therapeuten behandelt werden soll, gibt der Arzt zusätzlich eine Seitenlokalisation an. Dafür stehen ihm folgende Zusatzkennzeichen zur Verfügung:

- „R“ steht für rechts
- „L“ steht für links
- „B“ steht für beidseits.

Bei der Entscheidung, ob es sich um einen neuen oder den gleichen Verordnungsfall handelt, können diese Zusatzkennzeichen zum Einsatz kommen. Oder um klar zu machen, dass zwei parallel laufende Verordnungen in der gleichen Diagnosegruppe dennoch zwei unterschiedliche Verordnungsfälle sind. Ist ein Patient beispielsweise wegen einer operierten Fraktur am rechten Arm bei Ihnen in Behandlung und bricht sich durch einen Sturz kurze Zeit später seinen linken Arm, so kann es durchaus vorkommen, dass er wegen jeder der beiden Verletzungen Heilmitteltherapie bekommen soll. Ob es sich jeweils um einen neuen Verordnungsfall handelt, entscheidet der Arzt für den jeweiligen Einzelfall, indem er die Seitenlokalisation angibt. ICD-10-Code und Diagnosegruppe sind unter Umständen dann identisch. Nur durch die Seitenan-





**Tipp** Wer mehr wissen möchte, kann sich das kostenlos verfügbare PDF „Basiswissen kodieren“ auf der Homepage des DIMDI (Herausgeber der ICD-10-GM) herunterladen: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)  
Dort finden Sie zudem die ICD-10-Klassifikation.

Im HMK digital ist die komplette ICD-10-Systematik übrigens hinterlegt, sodass Sie einzelne ICD-10-Codes auf Ihren Verordnungen schnell und problemlos entschlüsseln können. Mehr Informationen zum HMK digital finden Sie hier: [www.buchner.de/themen/heilmittelkatalog-heilmittel-richtlinie-2020/hmk-digital/](http://www.buchner.de/themen/heilmittelkatalog-heilmittel-richtlinie-2020/hmk-digital/)

gabe wird klar, dass es sich um eine eigenständige Diagnose, also einen neuen Verordnungsfall handelt. Missverständnisse und Fehlinterpretationen können so vermieden werden.

#### Zusatzzeichen für die Diagnosesicherheit

Es kann vorkommen, dass der Arzt zusätzlich zum ICD-10-Code weitere Zusatzkennzeichen auf der Verordnung angibt. Am häufigsten werden Sie in Heilmittelpraxen wohl auf das Zusatzzeichen „Z“ stoßen, welches den symptomlosen Zustand nach einer betreffenden Diagnose angibt, also „Zustand nach“ bedeutet (z. B. Z. n. Schlaganfall, wenn Sie die Dysphagie oder die Hemiparese in der Praxis behandeln). Die weiteren Kennzeichen zur Diagnosesicherheit werden in Heilmittelpraxen eher selten anzufinden sein:

- „V“ steht für Verdachtsdiagnose,
- „G“ steht für gesicherte Diagnose,
- „A“ für ausgeschlossene Diagnose.

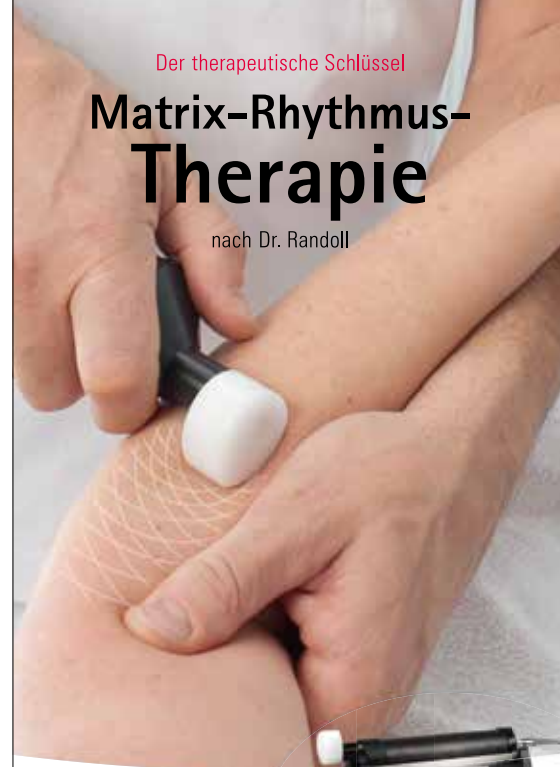
Diese vier Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit dürfen nur im ambulanten, nicht aber im stationären Bereich verwendet werden. ■

[1]

Der therapeutische Schlüssel

# Matrix-Rhythmus-Therapie

nach Dr. Randoll



*Matrixmobil®:  
Das Medizinprodukt für  
die Matrix-Rhythmus-  
Therapie*



„Die Matrix-Rhythmus-Therapie ist aus meiner physiotherapeutischen und osteopathischen Praxis nicht mehr wegzudenken!“

Dorothee Nuthmann, Physiotherapeutin

Die Matrix-Rhythmus-Therapie im Video kurz erklärt:



Jetzt Infos anfordern  
und Gutschein sichern!  
T: 0 8142 65 05 36-0

MaRhyThe   
Matrix-Rhythmus-Therapie

[www.marhythe-systems.de](http://www.marhythe-systems.de)

# Corona-Pandemie: Hilfe für die Seele

## Webportal gibt Tipps und Anregungen

Ob Angst vor einer Ansteckung, der Verlust eines geliebten Menschen, Einsamkeit oder Überforderung – es gibt viele Gründe, warum die Seele unter der Corona-Pandemie leiden kann. Auf <https://psychologische-coronahilfe.de> haben die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (unith) Hilfsangebote zusammengestellt – für Kinder und Erwachsene.

Auf dem Webportal reicht die Bandbreite der Themen von Tipps zum gesunden Lebensstil bis zu Hilfe bei häuslicher Gewalt. Gegliedert in die Bereiche „Hilfen für Familien“, „Hilfen für Kinder und Jugendliche“ und „Hilfen für Erwachsene“ findet jeder Nutzer schnell passende Angebote.

### Hilfen für Familien

Wenn durch den Lockdown die übliche Routine wegfällt, sind Kinder schnell verunsichert. Sie verstehen nicht, warum sie nicht mehr in die Kita oder Spielgruppe gehen, mit ihren Freunden spielen oder Oma und Opa treffen können. Hier gibt das Portal Tipps, wie Eltern mit dieser Situation umgehen können. Eine Empfehlung ist, einen Plan für die Tagesgestaltung zu erstellen – mit Bildern, sodass auch kleine Kinder diesen verstehen können. Ein Pfeil markiert, an welcher Stelle im Plan man sich gerade befindet. So können die Kinder auch immer sehen, was als Nächstes kommt. Das schafft Struktur und Verlässlichkeit und gibt den Kindern Sicherheit.

### Hilfen für Kinder und Jugendliche

Getrennt von den Freuden, alleine zu Hause macht vielen Kindern das Lernen keinen besonders großen Spaß. Auch für diesen Fall finden sich Anregungen: Dazu gehört zum Beispiel, sich immer nur auf den nächsten kleinen Schritt zu konzentrieren, wenn man das Gefühl hat, dass einem die Fülle an Schulstoff über den Kopf wächst. Oder man kann sich zu einer Lerngruppe zusammenschließen, sich beispielsweise Aufgaben gegenseitig am Telefon oder per Videochat erklären oder einander Quizfragen zum aktuellen Stoff stellen.

### Hilfen für Erwachsene

Bei manchen Menschen führt die anhaltende Corona-Pandemie zu depressiven Verstimmungen. Betroffene finden hier Anregungen, wie sie diese überwinden können. Einige Menschen haben im vergangenen Jahr zudem vermehrt zu Alkohol oder anderen Drogen gegriffen. Das Portal hilft, sich den Konsum verantwortungsvoll vor Augen zu führen. Ebenso gibt es Links zu weiteren Hilfsangeboten. ■ [ym]



**Tipp** Weisen Sie auch Mitarbeiter oder Patienten auf das Portal hin, wenn Sie merken, dass diese seelisch unter der Pandemie leiden. Vielleicht helfen schon kleine Veränderungen, den Alltag zu erleichtern, oder es ist ein erster Schritt auf dem Weg, sich professionelle Hilfe zu suchen.

# Nach Scheidung Ärger mit Steuerschulden



Ein Ehepaar haftet **gemeinschaftlich für Steuerschulden, allerdings nicht zu gleichen Teilen, sondern nach dem Verhältnis der Steuerbeträge, die bei Einzelveranlagung angefallen wären. Das hat das Brandenburgische Oberlandesgericht (OLG) kürzlich entschieden (Az.: 15 UF 176/18).**

Im vorliegenden Fall hatte eine Frau nach der Trennung die anteilige Erstattung von Steuerzahlungen verlangt, die sie 2012 für die Jahre 2009 und 2010 geleistet hatte. Insgesamt belief sich der Anspruch auf über 87.000 Euro.

Vor dem Amtsgericht hatte die Frau keinen Erfolg. Die Richter vertraten die Auffassung, dass sie keinen Anspruch auf Ausgleich habe, da die Zahlungen noch vor der Trennung erfolgten. In zweiter Instanz wurde der Klage jedoch stattgegeben. Das Ehepaar haftete zwar gemäß § 426 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für Steuerforderungen gesamtschuldnerisch, allerdings nicht zu gleichen Teilen, sondern nach dem Verhältnis der Steuerbeträge, die gemäß § 270 Abgabenordnung (AO) bei Einzelveranlagung angefallen wären, so das OLG.

Die Frau habe zumindest in den Jahren 2004 bis 2010 lediglich über ein durchschnittliches Einkommen von monatlich knapp 1.700 Euro verfügt, ihr Mann dagegen über monatlich etwa 7.100 Euro. Die Einkommensverhältnisse des Ehepaars sprächen dafür, dass der Mann in der Vergangenheit auch die Steuern bezahlt habe, so das OLG. Das Gericht wies ferner darauf hin, dass ein Ausgleichsanspruch auch vor der Trennung möglich sei, wenn es sich um einmalige und dazu außergewöhnlich hohe Zahlungen handele. ■

[ym]



Markenprodukte direkt vom Hersteller und führendem Fachhandel.

| Therapieliegen Manufaktur seit 1984  
| Physio- & Praxiseinrichtungen  
| Praxis- & Therapiebedarf



**PRAXIS- UND THERAPIEBEDARF**  
Von A-Z | Aus einer Hand!



THERAPIELIEGEN & ZUBEHÖR



PRAXISZUBEHÖR – HYGIENE – LEHRMITTEL



WÄRME- UND KÄLTETHERAPIE



GYMNASTIK – BALANCE – ERGO



MEDIZINISCHE TRAININGSTHERAPIE



SCHLINGENTHERAPIE



ELEKTROTHERAPIE



BERATUNG, PLANUNG, MONTAGE & LEASING



**Scan me**  
... große Auswahl  
... attraktive Angebote  
[www.villinger.de](http://www.villinger.de)

Printkatalog . Ihr kostenloses Exemplar anfordern unter [www.villinger.de/contact](http://www.villinger.de/contact)

stock.adobe.com | @Burfaboy @nosyrevy

[www.villinger.de](http://www.villinger.de)  
+49 (0) 7663 99082  
[info@villinger.de](mailto:info@villinger.de)  
[www.facebook.com/villinger.de](https://www.facebook.com/villinger.de)



Qualität und Perfektion aus Teningen - zwischen Kaiserstuhl und Schwarzwald

## Urteil: Arbeitgeberzuschuss auf Kinderbetreuungskosten anrechnen

**Kosten für Kinderbetreuung können als Sonderausgabe von der Steuer abgesetzt werden. Zahlt der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss, wird dieser allerdings abgezogen, wie kürzlich zwei Finanzgerichte entschieden haben.**



Gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 5 Einkommensteuergesetz (EStG) können Eltern die Betreuungskosten für Kinder steuerlich geltend machen – allerdings nur zu zwei Dritteln und bis zu einem Höchstbetrag von 4.000 Euro pro Jahr und Kind. Das Kind darf das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Kinder mit Behinderung gilt keine Altersgrenze.

Im ersten Fall aus Baden-Württemberg zahlten die Eltern für den Kindergarten ihrer Tochter 926 Euro und erhielten einen steuerfreien Arbeitgeberzuschuss von 600 Euro (Az.: 1 K 3359/17). Im zweiten Rechtsstreit vor dem Finanzgericht Köln zahlten die Eltern Kindergartenbeiträge von rund 4.000 Euro im Jahr. Der Arbeitgeber leistete einen Zuschuss in gleicher Höhe (Az.: 14 K 139/20).

Beide Finanzgerichte folgten der Argumentation der Finanzämter, nach der nur Kinderbetreuungskosten bei der Steuer geltend gemacht werden können, die die Eltern auch tatsächlich gezahlt haben. In beiden Fällen wurde Revision beim Bundesfinanzhof (BFH) eingelegt. Betroffene sollten daher mit Hinweis auf das laufende BFH-Verfahren (Az.: III R 30/20 und III R 54/20) Einspruch gegen den Steuerbescheid einlegen, wenn das Finanzamt die Betreuungskosten nicht voll anerkennt. ■

[ks]

## Unterhalt für volljährige Kinder ist steuerlich absetzbar

**Wer sein volljähriges Kind im Studium oder in der Ausbildung finanziell unterstützt, kann unter bestimmten Voraussetzungen die Unterhaltszahlungen steuerlich absetzen. Das gilt aber nur dann, wenn der Nachwuchs das 25. Lebensjahr erreicht und keinen Anspruch mehr auf Kindergeld hat.**

Gemäß § 33a Abs. 1 Satz 4 Einkommensteuergesetz (EStG) zählen auch Unterhaltszahlungen an Kinder zu den außergewöhnlichen Belastungen. Allerdings nur, wenn Eltern weder Kindergeld noch den Kinderfreibetrag bekommen und das unterstützte Kind nur ein geringes eigenes Vermögen besitzt. Dieses darf 15.500 Euro nicht überschreiten. Sonst entfällt der Steuerabzug, sofern es sich bei dem Vermögen nicht um Wohneigentum handelt.

### Höchstbetrag liegt bei 9.744 Euro pro Jahr

Eltern können im Rahmen der gesetzlichen Höchstbeträge Unterhaltsleistungen an erwachsene Kinder steuerlich geltend machen. Der Höchstbetrag liegt 2021 bei 9.744 Euro. Verdient das Kind eigenes Geld – und zwar mehr als 624 Euro pro Jahr – werden die Einnahmen des Kindes verrechnet. Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH) dürfen Eltern die Unterhaltszahlungen auch dann in voller Höhe absetzen, wenn der Sohn oder die Tochter mit einem Lebensgefährten zusammenlebt, der selbst über ausreichend Einkommen verfügt (Az. VI R 43/17). ■

[ks]



## BSG: Ohne Gesundheitskarte keine GKV-Leistungen

**Gesetzlich Krankenversicherte können von ihren Krankenkassen keinen Berechtigungsnachweis in Papierform verlangen. Das hat kürzlich das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden. Wer Leistungen der GKV erhalten möchte, braucht dafür zwingend seine elektronische Gesundheitskarte (Az.: B 1 KR 7/20 R, B 1 15/20 R).**

Mehrere Kläger hatten auf Sicherheitsmängel bei der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der zugrundeliegenden Telematikinfrastruktur hingewiesen. Die dort gespeicherten persönlichen Daten seien nicht ausreichend gegen unberechtigte Zugriffe geschützt. Statt die Gesundheitskarte beim Arzt vorzeigen zu müs-

sen, forderten die Kläger eine Leistungsberechtigung in Papierform. Das BSG wies die Forderungen zurück. Nach Auffassung der Richter stehen die Vorschriften über die Gesundheitskarte mit den Vorgaben der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DGSVO) in Einklang. Mit der eGK solle der Missbrauch von Sozialleistungen verhindert und die Abrechnung von Leistungen der Ärzte erleichtert werden, so das BSG. Auch werde der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt, da nur zwingend erforderliche personenbezogene Daten gespeichert werden. Somit verletze die Gesundheitskarte weder Grundrechte des Grundgesetzes noch der Europäischen Grundrechtecharta. ■ [ks]



## Werden auch Sie KLINEA- Therapeut

- neue Behandlungsmethode KLINEA®
- neues pathophysiologisches Modell des Myofaszialen Organs
- Erfolg bei Diagnose und Behandlung
- schlüssiges und logisches Konzept

*Logisch, schlüssig, effizient, unglaublich.*  
T., Physiotherapeutin

*Die Techniken sind unglaublich und auch das pathophysiologische Modell bereichert meine Arbeit sehr*  
K., Osteopathin

*In diesen Kursen habe ich mehr gelernt, als je zuvor. Ich hätte nie geglaubt, dass wir so wenig mechanisch arbeiten und eigentlich jeder Effekt rezeptorvermittelt ist.*

B., Physiotherapeutin

*Ich mache fast nur noch MT nach KLINEA, die Erfolge sind einfach nur toll*  
R. Physiotherapeut und Osteopath

**Alles weitere zu KLINEA und den Kursen erfahren Sie auf [www.myofaszial.eu](http://www.myofaszial.eu)**



## Abfindung: Weniger Steuern zahlen dank der Fünftelregelung

Im Falle einer Kündigung wird oftmals eine Abfindung als Entschädigung gezahlt. Diese muss seit 2006 komplett versteuert werden, was je nach Höhe der Einmalzahlung enorme Auswirkung auf die Steuerlast hat. Mit der sogenannten Fünftelregelung hat der Gesetzgeber eine Steuerermäßigung geschaffen, um die Steuerlast pro Jahr zu minimieren.

Nach §§ 24 und 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG) fällt eine Abfindung unter die Kategorie der außerordentlichen Einkünfte. Es darf nur kein verdeckter Arbeitslohn enthalten sein. In der Regel fallen keine Sozialversicherungsbeiträge an und der Arbeitnehmer kann die Abfindung nach der so genannten Fünftelregelung versteuern.

Wichtig ist aber, dass die Einmalzahlung als Entschädigung für den Verlust des Arbeitsplatzes auf einmal ausgezahlt wurde.

Bei der Fünftelregelung verteilt sich die Abfindung in der Steuerberechnung gleichmäßig auf fünf Jahre. Das heißt: Vom gesamten zu versteuernden Einkommen wird zunächst die Abfindung abgezogen, und auf das verbleibende steuerpflichtige Einkommen wird der jeweilige Steuertarif angewandt. Anschließend wird die Abfindung durch fünf geteilt und ein Fünftel wird dem zu versteuernden Einkommen hinzugerechnet. Von der Fünftelregelung profitieren vor allem Personen mit einer hohen Differenz zwischen Abfindung und zu versteuerndem Einkommen. ■ [ks]



## Auch Sachspenden sind steuerlich begünstigt

Ob mit Geld, Kleidung, Büchern oder Laptops – viele Deutsche wollen gemeinnützige Organisationen unterstützen. Nach deutschem Steuerrecht (§ 10b Einkommensteuergesetz) sind Spenden unter bestimmten Voraussetzungen als Sonderausgaben ab-

zugsfähig. Dazu zählen auch Sachspenden.

Das Finanzamt erkennt Sachspenden grundsätzlich als Sonderausgaben an – vorausgesetzt, die gespendete Sache wird unmittelbar für die idealen Zwecke des jeweiligen Vereins verwendet oder aber

für einen sogenannten Zweckbetrieb. Das kann beispielsweise eine Tombola sein, wenn mit dem Reinertrag ausschließlich steuerlich begünstigte Zwecke gefördert werden.

Wie Geld- müssen auch Sachspenden bewertet werden, da auf der Spendenbescheinigung ein Geldwert einzutragen ist. Bei neuen Gegenständen ergibt sich der Wert aus der Rechnung, der Kaufbeleg reicht als Nachweis. Bei gebrauchten Sachen bestimmt sich der Markt- bzw. Verkehrswert durch den Preis, der bei einem Verkauf zu erzielen wäre (§ 10 Abs. 4 Umsatzsteuergesetz).

Zudem sollten auf dem Spendenbeleg der Empfänger, das aktuelle Datum und die Art der Spende vermerkt sein. Bei Spenden bis 200 Euro reicht der sogenannte vereinfachte Spendennachweis in Form des Kontoauszuges und einer Bescheinigung, die in der Regel von der Homepage der begünstigten Organisation heruntergeladen werden kann. ■ [ks]



## Datenschutz?...!

### Auskunft oder Geld!

(Niels Köhrer, externer Datenschutzbeauftragter für **up|plus**-Kunden)



Die DSGVO gibt den Betroffenen eine Vielzahl von Rechten an die Hand, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Diese werden seit Start der DSGVO vor knapp drei Jahren auch immer öfter in Anspruch genommen. In der letzten Zeit werden die Betroffenenrechte jedoch, insbesondere das Auskunftsrecht, genutzt, um Schadensersatzansprüche vorzubereiten.

In der Regel läuft dies folgendermaßen ab: Ein „Interessent“ tritt mit Ihnen nur in Kontakt, damit Sie personenbezogene Daten von ihm in Ihrem System verarbeiten. Das kann eine Rückrufbitte per E-Mail bzw. Kontaktformular oder ein Newsletter-Abo sein. Einige Zeit später erhalten Sie nun ein Standard-schreiben, in dem Sie aufgefordert werden innerhalb eines Monats darzulegen, welche Daten Sie über den „Interessenten“ gespeichert haben. Reagieren Sie darauf nicht oder nicht richtig, erhalten Sie wiederum etwas später ein Schreiben eines Rechtsanwalts, in dem Schadensersatz für die fehlende/fehlerhafte Auskunft gefordert wird (in der Regel ab 1.000 € zzgl. Rechtsanwaltskosten).

Es wird in diesen Fällen mit Druck gearbeitet, dass ein gerichtliches Verfahren oder die Meldung bei der Aufsichtsbehörde noch teurer würde. Es gibt noch keine ausführliche Rechtsprechung zu Schadensersatzansprüchen nach DSGVO, es ist jedoch absehbar, dass diese Größenordnungen nicht zu erzielen sein werden, wenn überhaupt ein Schaden geltend gemacht werden kann. Der Druck könnte aber dazu führen, voreilig zu zahlen, obwohl dies in den allermeisten Fällen nicht nötig sein wird.

Beziehen Sie daher Ihren Datenschutzbeauftragten frühzeitig mit ein. Er sollte bereits jetzt prüfen, ob Daten vorschnell gelöscht oder Auskünfte komplett erteilt werden könnten. Damit sind Sie selbst bei solch dubiosen Schreiben auf der sicheren Seite.

## THERAPIE 2.0 MIT KGG UND T-RENA

Mit **systemrelevantem Gerätetraining** zum Praxiserfolg!

Das proxoConsult-Team unterstützt Sie bei:

- » Individueller Beratung
- » Marktpotentialanalyse und Preispolitik
- » Betriebswirtschaftlicher Planung
- » Finanzierung
- » Patienten-/Kundenansprache
- » Marketingaktionen/-kampagnen



**f**olgen Sie uns!

**proxomed® Medizintechnik GmbH**  
 Daimlerstraße 6  
 63755 Alzenau  
 Telefon 06023 9168-0  
 www.proxomed.com

## Die Physiotherapie befindet sich im Umbruch und braucht Innovation

# Digitalisieren Sie Ihre aktive Therapie

Die demografische Entwicklung führt zu einem stark wachsenden, physiotherapeutischen Versorgungsbedarf. Demgegenüber steht eine stetig sinkende Zahl von Physiotherapeuten bundesweit. Es gilt, flächendeckend die Versorgung der Patienten mit aktiver Therapie und den fließenden Übergang in die Prävention sicherzustellen. Die E+S Gesunde Lösungen GmbH hat für diesen Zweck das digitale Therapie-Assistenzsystem YOLii entwickelt.



Das Medizinprodukt YOLii unterstützt sowohl den Therapeuten als auch den Patienten von der Einzel- über die Gruppentherapie bis in den Bereich der Häuslichkeit. YOLii digitalisiert die aktive Therapie, entlastet damit das Team und verschafft zeitliche Freiräume. Denn gelangen mehr Patienten in die Gruppentherapie, erhalten Patienten mit Einzeltherapiebedarf auf der Warteliste schneller ihre notwendige Behandlung. YOLii ermöglicht individuelle Therapie in größeren Patienten-

gruppen mit heterogenen Beschwerdebildern. Für Therapeuten und Kostenträger bedeutet dies eine leitlinienkonforme, evidenzbasierte Physiotherapie. YOLii ist damit ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung und zukünftigen Telematikinfrastruktur im 1. Gesundheitsmarkt.

Bereits über 150 Einrichtungen setzen in ganz Deutschland auf die innovative Software mit modernster Hardware der E+S Gesunde Lösungen GmbH.





### Kundenstimmen zu YOLii

**Peter Brechtenbreiter** | Physiotherapeut  
Inhaber von medifit, Stuttgart

„In unserer Praxis für Physiotherapie & Osteopathie ist der medizinische Fitnessbereich – kurz medifit – mit neuesten Medizingeräten eingebunden. Bei der Modernisierung unserer Trainingsfläche war von vornherein klar, dass alles auf dem neuesten Stand der Technik sein sollte.“

**Marvin Großkrüger** | Physiotherapeut

Inhaber vom Therapiezentrum Großkrüger, Uelzen  
„Wir sind bestrebt in höchster Qualität und technischem Know-How in unseren Einrichtungen zu arbeiten. YOLii ist für mich ein Grundpfeiler der Therapie im Zeitalter der Digitalisierung in unserer Branche. Nie war es so einfach auf einem so hohen Niveau die Therapie zu planen, zu dokumentieren und zu evaluieren.“

### Markenübergreifendes Assistenzsystem

YOLii digitalisiert jede Art der aktiven Therapie: unter anderem KG, KG Gruppe, KGG, MTT, T-RENA und auch Rehasport & Präventionskurse nach §20. Dabei ist der Einsatz an medizinischen Gewichtsplattengeräten markenübergreifend. YOLii kann jede funktionelle Übung mit oder ohne Kleingerät in das Therapieprogramm einbinden und dem Patienten am Monitor darstellen.

Darüber hinaus ist die Betreuung der Patienten mit dem Software-Modul YOLii HOME optimal außerhalb der Einrichtung möglich.

Besuchen Sie die E+S Webseite und erleben Sie YOLii im interaktiven Schauraum. Dort sehen Sie auch das Video zum 150. Praxis-Einzug von YOLii aus Sicht von Inhaber, Team, Schulung, Vertrieb und E+S Seite.

### Kontakt:

**E+S Gesunde Lösungen GmbH**  
Friesenweg 2a  
22763 Hamburg  
Telefon 040 890 61 63  
info@gesund-es.de  
www.yolii.de

[www.gesund-es.de](http://www.gesund-es.de)



Das Team von E+S möchte die Gesundheitsbranche dabei unterstützen viele Menschen in Bewegung zu bringen und zu halten. Aus diesem Grund entwickeln sie seit über zwei Jahrzehnten digitale Lösungen, die Physiotherapeuten bei ihrer täglichen Arbeit auf der Therapiefläche unterstützen. Die Digitalisierung ist ein fester Bestandteil der heutigen Zeit. Mit YOLii, dem digitalen Therapie-Assistenzsystem setzen Sie als Praxisinhaber und Therapeut Ihre Ideen und Vorstellungen einer zukunftssicheren Patientenversorgung einfach und zuverlässig um.

# Teil 2 der Reihe #Instagram

## Ihre persönliche Content-Strategie für die Praxis

Der Instagram-Account ist eingerichtet und ein wenig gestöbert haben Sie in dem sozialen Netzwerk auch bereits. Dann kann es jetzt losgehen mit Ihren eigenen Inhalten. Um möglichst viele Follower zu gewinnen, benötigen Sie eine Strategie. Diese zu erstellen, kostet Sie am Anfang etwas Zeit, erleichtert Ihnen aber später die Arbeit. Wir zeigen Ihnen, wie Sie dabei vorgehen und worauf Sie bei Ihrem Content achten sollten.



### 1. Schritt: Die Zielgruppe und Ziele des Accounts definieren

Einfach irgendwelche Fotos aus der Praxis zu posten, wird Ihnen keinen Erfolg bringen. Sie sollten sich vorher überlegen, warum Sie Ihren Account angelegt haben, wen Sie damit erreichen und welche Botschaft Sie senden möchten. Bevor Sie also loslegen, finden Sie auf folgende Fragen Antworten:

- Welche Zielgruppe möchte ich mit meinem Account erreichen? Neue Patienten? Neue Mitarbeiter? Sporteinrichtungen? Soziale Einrichtungen?
- Was möchte ich darstellen? Welches Ziel möchte ich mit den Bildern verfolgen?
- Wie möchte ich meine Praxis darstellen?

Wenn Sie sich einmal bewusst machen, warum Sie einen Instagram-Account angelegt haben, wird es Ihnen später leichter fallen, entsprechende Bilder zu machen, die speziell auf die Ziele ausgerichtet sind.

### 2. Schritt: Einen einheitlichen Look kreieren

Überlegen Sie sich vorab einen Stil für Ihre Seite. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, einen Wiedererkennungswert zu schaffen. Optimal wäre, wenn Ihre Follower bereits anhand des Bildes erkennen, dass Ihre Praxis hinter dem Foto steckt. Das erreichen Sie, indem Sie zum Beispiel immer die gleichen Filter, also bestimmte Effekte, verwenden.

**Hinweis für Fortgeschrittene, die Lust auf mehr haben:** Sie können auch einen sogenannten „Grid“ (deutsch: Gitter) für Ihre Seite erstellen. Das ist quasi das Gesamtbild ihrer Seite. Sie können die Fotos so anlegen, dass ein stimmiges Muster entsteht – wie ein Puzzle. Wenn Sie auf starre Grids setzen, müssen Sie natürlich darauf achten, dass Ihr gewähltes Muster erhalten bleibt – also vertikale oder horizontale Linien usw.

#### Beispiele:

Zudem können Sie für Umfragen, Texte und Co. immer die gleichen Farben verwenden, zum Beispiel im Corporate Design der Praxis. Dabei müssen Sie nicht nur auf eine Farbe setzen. Wählen Sie aber bewusst eine bestimmte Farbkombination, die Sie immer wieder verwenden, beispielsweise fünf verschiedene Grüntöne oder eine Kombination aus Blau- und Rosetönen. Auch dies schafft eine Einheitlichkeit sowie einen Wiedererkennungswert.

### 3. Schritt: Inhalte überlegen und clever mischen

Der Account der Praxis soll vor allem eines sein: interessant. Das erreichen Sie, indem Sie Ihren Followern eine bunte Mischung an Informationen bereitstellen.

#### Hier eine Auswahl:

- **Einblicke in den Praxisalltag:** Zeigen Sie Ihren Followern Ihre Praxis. Führen Sie sie durch die Räumlichkeiten, lassen Sie die Mitarbeiter sprechen – sofern diese einverstanden sind – und posten Sie Behandlungssituationen (auch hier benötigen Sie natürlich das schriftliche Einverständnis der abgebildeten Personen). Gibt es in Ihrer Praxis Besonderheiten? Zeigen Sie diese!
- **Umfragen, Meinungen und Co.:** Beziehen Sie Ihre Follower ein, indem Sie Ihnen Fragen stellen bzw. um deren Meinung zu einem Thema bitten. Je nach Zielgruppe können diese fachspezifisch sein oder den Praxisalltag betreffen.
- **Informationen:** Es gibt Neuerungen, die Verordnungen betreffen? Oder Sie möchten einfach einmal über besondere Therapie-Schwerpunkte wie die Skoliose-Behandlung nach Schroth informieren? Sehr gut!
- **Bilder und Videos mischen:** Einige Inhalte lassen sich gut bildlich darstellen, bei anderen ist dies schwierig. Sie können daher auch kurze Videos posten, um beispielsweise eine Übung zu erklären.
- **Stories, Boomerangs und Highlights posten:** Aktuelle Themen oder besondere Inhalte lassen sich auch gut in Stories verarbeiten. Diese können Nutzer abrufen, indem sie auf Ihr Profilfoto klicken. Die Stories sind 24 Stunden abrufbar und verschwinden dann wieder. Sie können sie aber auch als Highlights speichern, dann bleiben sie bestehen – mehr dazu lesen Sie im kommenden Beitrag.

Beispiel-Farbkombination aus Blau- und Rosetöne:





#### 4. Schritt: Inhalte sammeln und vorausschauend planen

Haben Sie immer ein kleines Portfolio an Content auf Halde. So geraten Sie nicht in Stress, falls es gerade einmal nichts Neues gibt oder Sie auch einfach keine Zeit haben, um passende Inhalte zu erstellen. Hilfreich ist es, sich einen Plan zu erstellen, wann Sie welche Bilder, Videos und Umfragen posten möchten. Dafür gibt es auch verschiedene Tools wie later.com, hootsuite.com oder postcron.com. Mit diesen Planungstools können Sie Posts vorplanen, verwalten und teilweise automatisch auf weiteren Plattformen wie Facebook, LinkedIn und Co. veröffentlichen.

#### 5. Schritt: Community-Management und Analyse

Sie haben ein Bild aus Ihrem Praxis-Alltag gepostet und nun entsteht dazu in den Kommentaren eine rege Diskussion unter Ihren Followern. Nehmen Sie diese wahr und reagieren Sie auch auf Kommentare oder Fragen, wenn dies nötig ist. Indem Sie die Diskussionen aufmerksam verfolgen, können Sie gleichzeitig sehen, ob Ihr Bild die Reaktionen hervorruft, die Sie erreichen wollen. Sie erkennen gleichzeitig, welche Personen Ihre Beiträge kommentieren oder „ liken“.

Wenn Sie ein Businessprofil haben, können Sie für die Analyse auch die Insights nutzen. Dort erfahren Sie, welche Beiträge besonders häufig „geliked“ werden, welche zu einer regen Diskussion geführt haben und welche Personen die Beiträge beachtet haben. Anhand dessen können Sie schließlich schauen, welcher Content bei Ihrer Zielgruppe gut ankommt.

Nun haben Sie eine Content-Strategie und können Inhalte veröffentlichen. Im nächsten Teil unserer Reihe #Instagram widmen wir uns Stories, Reels, Live-Videos und Highlights. ■ [km]

### Glossar:

Die wichtigsten Instagram-Begriffe, die Sie kennen sollten

**Feed:** Die Gesamtübersicht Ihrer Beiträge auf Ihrer eigenen Seite heißt Feed. Es ist also die Sammlung Ihrer Posts.

**Follower:** Das sind die Personen, die Ihrem Account folgen. Sie haben ihn quasi abonniert und bekommen Ihre Beiträge automatisch angezeigt.

**Hashtag:** Ältere von uns kennen einen Hashtag noch unter dem Begriff Raute (#). Versehen Sie bei Instagram einen Begriff mit einem #, taucht dieser in der Suche auf, beispielsweise #physiotherapie oder #stottern. Sie sollten jeden Ihrer Posts mit relevanten Hashtags versehen – und immer mit Ihrem Praxisnamen.

**IGTV:** Mit „Instagram TV“ können Sie längere Videos von bis zu 60 Minuten aufnehmen. Über die Suche können Sie sich dann IGTV-Videos anzeigen lassen und eben auch suchen.

**Insights:** Um herauszufinden, wer sich wann welche Beiträge angesehen hat, können Sie die Insights nutzen. Dies sind also die Statistiken zu Ihrer Seite.

**Post:** Wenn Sie ein Bild veröffentlichen, ist dies ein Post – oder auch Beitrag genannt.

**Reels:** Das sind 15-sekündige interaktive Videos, die mit Musik, Effekten und weiteren kreativen Gimmicks aufgepeppt werden können.

**Story:** Sie können Fotos und Videos in Ihrer Story veröffentlichen. Diese erscheinen dann nicht in Ihrem Feed, sondern Nutzer können Sie sehen, indem Sie auf Ihr Profilbild klicken. Eine Story ist 24 Stunden sichtbar und wird dann von Instagram gelöscht – es sei denn, Sie speichern die Story als Highlight in Ihrem Profil.

# Erfolgreich an der Rezeption

## Noch mehr Wissen für einen souveränen Empfang

Den ersten und entscheidenden Eindruck einer Praxis erhalten Patienten an der Rezeption. Die muss laufen – freundlich, hilfreich und kompetent. Für die Arbeit an der Rezeption gibt es stets Neues zu entdecken, und es lohnt sich, vorhandene Kenntnisse aufzufrischen.

Denn Fragen oder schwierige Situationen tauchen doch immer wieder auf: Die Feinheiten der einzelnen Verordnungsregelungen führen zu ungültigen Verordnungen? Sie diskutieren die Ausfallgebühr oder die Höhe der Rechnung mit den Patienten? Das muss nicht sein! Im Seminar erfahren Sie, wie gute Organisation und sicheres Auftreten zu optimierten Abläufen an der Rezeption führen. Erweitern Sie Ihr Wissen und gewinnen Sie mehr Sicherheit.

Erfahrene Rezeptionsfachkräfte und Teilnehmer unseres Seminars **Neu an der Rezeption** finden in dieser Veranstaltung neue Anregungen. Es geht um Themen wie Therapeutenausfall, Privatpatienten, Datenschutz an der Rezeption, Prioritätensetzen und Ausfallgebühren. Tipps für professionelles Auftreten in schwierigen Situationen und Umgang mit Stress runden das Seminar ab.

### Nach dem Seminar ...

- wissen Sie, wie Sie Ihre Rezeption optimieren können
- agieren Sie sicher im Umgang mit Verordnungen und Regelungen
- gehen Sie mit Stress an der Rezeption besser um
- gelingt Ihnen professionelles Auftreten viel leichter

**Zielgruppe:** Praxisinhaber, leitende Mitarbeiter, Verwaltungskräfte, Rezeptionsfachkräfte

**Im Seminarpreis enthalten:** umfangreiche Dokumentation, Tipps für den Praxisalltag

Termin | Das Seminar wird in zwei Teilen gehalten:

7.05.2021 9:00-13:00 Uhr + 12.05.2021 9:00 -13:00 Uhr

**OS** derzeit nur online

### Anmeldung unter:

www.buchner.de/zp oder  
Telefon 0800 94 77 360  
Teilnahmegebühr Euro 249  
Ermäßigt Euro 209\*

- \* gilt 1 x mtl. für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|abo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket)
- \* Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt.  
Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.



## Referentin Brigitte Harste


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



# „Zahle, was Du willst!“

## Ungewöhnliche Aktion eines Podologen in seiner Privatpraxis

Mit einer außergewöhnlichen Aktion machte der Podologe Robinson Ehlerding im Spätsommer 2020 von sich reden: In seiner Privatpraxis in Ditzingen bei Stuttgart bot er seinen Kunden zwei Wochen lang an, für ihre Behandlung „nach eigenem Ermessen“ zu zahlen. Mit Erfolg, sodass er sein Experiment „Zahle, Was Du willst!“ bereits zwei Mal wiederholt hat.



Auf die Idee zu dieser Aktion brachte ihn eine Mitarbeiterin: Sie hatte bei der Abrechnung einer Behandlung Ärger mit einer Kundin und fragte sich und ihren Chef anschließend, was die Dame wohl zu zahlen bereit sei. Der Praxisinhaber griff die Idee auf und startete das Experiment „Zahle, was Du willst!“. Das Prinzip kannte Ehlerding bereits von einer Software-Firma, in der die Kunden selbst festlegen, welchen Service sie buchen wollen und entsprechend zahlen. Er entwarf ein Poster, entwickelte einen Werbe-Aufsteller und startete im August 2020 die Aktion.

#### **Gut 55 Euro im Schnitt pro Behandlung**

Mit dem Konzept „Zahle, was Du willst!“ ging der Praxisinhaber allerdings ein gewisses Risiko ein. Das Resultat überraschte ihn: Nach Ablauf der zwei Wochen hatten seine Kunden im Schnitt 55,46 Euro pro Behandlung bezahlt. „Ein schöner Durchschnitt“, freute sich der Praxischef, „tendenziell haben die meisten sogar mehr bezahlt.“ Die Ergebnisse ermutigten Ehlerding, die Aktion noch zwei Mal für je eine Woche zu wiederholen. „Beim letzten Mal lag der Durchschnitt noch ein wenig höher.“

Ein dauerhaftes Zukunftsmodell sei das Konzept „Zahle, was Du willst!“ wohl eher nicht. Aber Ehlerding gefällt das Experiment, und er kann sich durchaus vorstellen, diese Aktion ein bis drei Mal pro Jahr anzubieten. „Das passt für unsere Praxis. Vermutlich hängt der Erfolg sowohl von der Lage der Praxis – ob im ländlichen Raum oder in der Stadt – als auch vom Klientel ab.“ Ob andere Praxen seinem Beispiel folgen wollen, müsse jede Praxis für sich selbst entscheiden.

#### **Kunden machten sich Gedanken über tatsächliche Kosten**

Auch die Kundin, die dieses Experiment ausgelöst hatte, beteiligte sich noch ein weiteres Mal. Allerdings regte sie sich nicht mehr über den Preis auf, sondern fragte sich, ob eine Zahlung von 50 Euro noch gerecht sei. „Es ist schön zu sehen“, so Ehlerding, „dass die Kunden sich selbst einmal Gedanken über die tatsächlichen Kosten einer Behandlung machen.“ Neben Raumkosten und Arbeitslöhnen stellt der Hygieneaufwand nicht erst seit der Corona-Pandemie einen wesentlichen Kostenfaktor in einer polologischen Praxis dar. „Unsere Desinfektionsgeräte sind vergleichbar mit denen in einer Zahnarztpraxis. In der Anschaffung kostet ein Sterilisator rund 4.000 Euro, die regelmäßige Wartung liegt bei über 500 Euro.“



### Steigende Kosten für Hygiene-Artikel

Dass die Krankenkassen aktuell eine Hygienepauschale von 1,50 Euro pro Verordnung zahlen, hält der Praxisinhaber für zu gering. „Allein für eine Impfberatung durchs Fenster habe ich bei meinem Hausarzt kürzlich einen Hygienebeitrag von 14,75 Euro gezahlt.“ Während der Pandemie haben sich die Preise für Hygiene-Artikel um bis zu 96 Prozent erhöht. Ein Beispiel: Für 50 Masken hat Ehlerding vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie 2,90 Euro gezahlt, zwischenzeitlich lag der Preis bei 39 Euro und letztlich musste er wieder knapp zehn Euro zahlen. Ein anderes Beispiel: „Früher habe ich 20 Fläschchen mit Desinfektionsmittel gekauft, zu Beginn der Pandemie durfte ich aufgrund der hohen Nachfrage maximal zwei Flaschen bestellen. Hinzu kam dann der Mindermengen-Zuschlag, der von fünf Euro auf 15 Euro erhöht wurde.“

### Thema Preiskalkulation

Das Thema Preise hat Ehlerding schon seit der Gründung seiner Praxis im Jahre 2014 beschäftigt. Anfangs orientierte er sich an den Vergütungssätzen der Krankenkassen. Sie lagen damals bei 27 Euro für die Podologische Komplexbehandlung. Zu wenig, war er überzeugt und setzte seinen Preis mit 35 Euro an. Zwei

Jahre später legte er für seine Preisfindung Kalkulationsmodelle einer großen Podologieschule zugrunde.

Über die Preise der Kassen konnte er sich nur wundern. Und auf Nachfrage bei seinem Berufsverband erfuhr er, dass diese Preise nur fiktive Preise seien und nicht nach den tatsächlichen Betriebskosten kalkuliert würden. In seiner Praxis zahlen seine Kunden privat beispielsweise 65,96 Euro für eine Podologische Fußpflege, während es auf Rezept 55,43 Euro kostet. „Das sind in etwa die Kosten nach Abzug der Mehrwertsteuer.“

### Froh über bundeseinheitlichen Vertrag seit dem 1. Januar 2021

Trotz aller Kritik an der Preiskalkulation der Krankenkassen freut sich der Praxisinhaber, dass die Podologen die ersten Therapeuten sind, für die seit dem 1. Januar 2021 ein bundeseinheitlicher Vertrag über die Versorgung mit podologischen Leistungen und deren Vergütung gilt. Danach gibt es nur noch zwei Leistungspositionen, die Podologische Behandlung „klein“ (HPNR: 78010) und „groß“ (HPNR: 78020). Für eine Podologische Komplexbehandlung, die länger als 20 Minuten dauert, kann seither die „Podologische Behandlung (groß)“ für 40 Euro abgerechnet werden.



### Einführung von Kundenkarten

Der Praxisinhaber, der laut eigenen Angaben gerne und immer wieder etwas Neues ausprobiert, hat neben der Aktion „Zahle, was Du willst!“ als ständige Einrichtung seit 2014 die anonymen Gerabo-Kundenkarten eingeführt. Sie haben zwei Funktionen:

1. Mit jeder Behandlung sammelt der Kunde Treuepunkte, für die er bei Erreichen einer bestimmten Punktzahl eine Prämie bekommt wie beispielsweise eine Fußmassage.
2. Der Kunde kann auf die Karte ein Guthaben einzahlen, von dem die Behandlungen abgebucht werden. Es gibt verschiedene Stufen solcher Karten bis hin zur „Goldenen“: Bei einem Guthaben von 800 Euro erhält der Kunde 20 Prozent Rabatt auf die private Dienstleistung ohne Rezept, zahlt also statt 65,96 Euro für die Podologische Fußpflege nur 52,77 Euro.

### Image des Podologen in Öffentlichkeit voranbringen

Ehlerding ist mit Leib und Seele Podologe. Getreu seinem Leitbild sieht er die Podologie als ein wichtiges und ästhetisches Berufsbild im Gesundheitswesen. Er und sein Team nehmen sich Zeit für die Patienten, klären sie umfassend auf und sichern langanhaltende Behandlungsergebnisse – die „beste Basis für treue und zufriedene Kunden!“ Für die Zukunft wünscht sich der 32jährige Praxischef, das Image des Podologen in der Öffentlichkeit weiter voranzubringen und junge Menschen stärker an diesen Beruf heranzuführen. ■ [ks]

## Steckbrief

Robinson Ehlerding wurde 1988 im baden-württembergischen Crailsheim geboren. Nach seinem Podologie Abschluss 2013 in Mannheim eröffnete er 2014 seine Privatpraxis für Podologie in Ditzingen.



## Robinson Ehlerding

Podologie am Rathausplatz

Rathausplatz 4  
71254 Ditzingen  
Telefon: 07156 - 4070999  
kontakt@podologie-am-rathausplatz.com  
<https://podologie-am-rathausplatz.business.site>

## Impressum

up | unternehmen praxis

Herausgeber | Vi.S.d.P.  
Ralf Buchner

Chef vom Dienst  
Ulrike Stanitzke

### Autoren

Karina Lübbe [kl], Yvonne Millar [ym]  
Katharina Münster [km], Kea Antes [ka],  
Katrin Schwabe-Fleitmann [ks],  
Ralf Buchner [bu], Jenny Lazinka [jl],  
Rebecca Borschtschow [rb]

### Verlag

Buchner & Partner GmbH  
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel  
Telefon 0800 5 999 666  
Fax 0800 13 58 220  
[redaktion@up-aktuell.de](mailto:redaktion@up-aktuell.de)  
[www.up-aktuell.de](http://www.up-aktuell.de)

**buchner**

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion  
schmolzeundkuhn, kiel

### Anzeigen

Susanne Madert  
[kontakt@madert-media.de](mailto:kontakt@madert-media.de)

Jahrgang: 14

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: Krögers Buch- und  
Verlagsdruckerei GmbH



### Bildnachweise

Titel: Markus Kreihe; Yvonne Millar  
[3], Laurence Chataigne [25], Andreas  
Meyer [27], Markus Kreihe [29], Arendt  
Schmolze [39], Maike Thumel [49];  
iStock: oatawa [4], Lorado [6], Circle  
Creative Studio, DNY59, AndreyPopov  
[7], Kagenmi [15], deepblue4you [16],  
Gajus [18], ImageGap [19], DNY59,  
hamzaturkkol [21], Fokusiert [23],  
francescoch [29], fotogestoeber.de  
[30], busracavus [32], romrodinka [34],  
Motortion [35], ADragan, Nikada [36],  
LightFieldStudios [37], anyaberkut,  
oatintro [38], Nottomanv1 [42], Anas-  
tasia\_Prish [44], Mananya Kaewtha-  
wee [46], TomPhotos [48], lex Cambero  
[49], maodesign [50]

*Liebe Leserinnen und Leser,  
die überwiegende Anzahl der Therapie-  
ten ist weiblich und die überwiegende  
Anzahl unserer Autoren und Redaktions-  
mitglieder ebenfalls. Trotzdem verwen-  
den wir das so genannte „generische  
Maskulinum“, die verallgemeinernd  
verwendete männliche Personenbe-  
zeichnung, weil die Texte einfacher und  
besser zu lesen sind.*



## Kurz vor Schluss von Yvonne Millar Blanko-Glosse: Jetzt sind Sie dran!

Bis 15. März 2021 sollten sich Krankenkassen und Therapeutenverbände auf die Vorgaben zur Blankoverordnung geeinigt haben. Dann hätte es am 1. April mit den ersten Verordnungen dieser Art losgehen können. Da sich sicherlich viele Therapeuten darauf gefreut und diese Veränderung schon sehnsüchtig erwartet haben, haben wir hier am Ende des Heftes wenigstens einen kleinen Trostpreis für Sie: die Blanko-Glosse zum selber schreiben. Was hat Sie im vergangenen Monat aufgeregt, amüsiert, laut auflachen oder mit der Faust auf den Tisch schlagen lassen? Schreiben Sie es sich von der Seele!

Als kleine Hilfestellung, hier eine kurze Definition von „Glosse“:

Glosse, die – knapper [polemischer] Kommentar (in Presse, Rundfunk oder Fernsehen) zu aktuellen Ereignissen oder Problemen Quelle: www.duden.de

### Vorgaben: Die Rahmenvorgaben zur Glosse mit erweiterter inhaltlicher Verantwortung

#### § 1 Länge

Über die Länge der Glosse entscheidet der schreibende Therapeut.

#### § 2 Zeitrahmen

Die Dauer zum Erstellen einer Glosse legen die Therapeuten selbst fest.

#### § 3 Frequenz

(1) Nach spätestens 30 Tagen muss das Thema der Glosse auf Relevanz geprüft und ggf. angepasst werden.

(2) Wie viele Glossen im vorgegebenen Zeitraum erstellt werden, entscheidet der Therapeut.

#### § 4 Inhalte

(1) Die Themen der Glosse müssen der in § 6 festgelegten Liste entsprechen.

(2) Die Glosse ist nach Fertigstellung einer weiteren, unabhängigen Person zur Stellungnahme vorzulegen.

#### § 5 Veröffentlichung

Eine Veröffentlichung der erstellten Inhalte ist möglich, aber nicht zwingend erforderlich.

#### § 6 Themen

Zu folgenden Themen können Therapeuten eigenständig eine Glosse erstellen:

- Gesundheitspolitik
- Berufspolitik
- Aktuelle Ereignisse
- Persönliche Erfahrungen

**Wichtiger Hinweis:** Leider ist die Blanko-Glosse an dieser Stelle zeitlich befristet. Im nächsten Monat müssen Sie wieder etwas lesen, was wir uns in der Redaktion überlegt haben. Soviel vorweg: Es geht in der Mai-Ausgabe möglicherweise um Katzen, vielleicht auch um Auffahrten, eventuell um beides – oder es kommt ein ganz anderes Thema.

# RAUS AUS DEM CORONA- BLUES!

*Das sagen unsere  
Kursteilnehmer –  
Live auf Youtube:*



*Sie möchten mehr wissen  
und haben Fragen zu  
den Kursen?  
Rufen Sie mich doch  
einfach an:  
Tel. 030-364 30 590*

## Dr. Anke Handrock und Team

Dr. Anke Handrock ist Zahnärztin und seit über 25 Jahren Trainerin für wirksame Kommunikation in der Medizin. Sie leitet Ausbildungen für Positive Psychologie, Medical NLP, Schemacoaching und Systemische Praxisführung und coacht MVZs, Praxisteams, Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen und Therapeut\*innen.

Nutzen Sie die wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse für mehr Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit direkt für Ihre Praxis!

## POSITIVE PSYCHOLOGIE LEVEL 1

Gut leben trotz Herausforderungen

Blended Learning – die wirksamste Form zu lernen

Erst regelmäßig online und dann eine Woche Präsenztraining im Wellnesshotel im Harz.



Teil 1 – Live-ONLINE-Kurs: ab 20.04.2021 – 20 Abende, jeweils dienstags von 19.00 – 21.00 und

Teil 2: 09.10. – 17.10.2021 Hotel Schindelbruch im Harz – beide Teile nur gemeinsam belegbar.

Investition: EUR 2800,00 (MwSt.-Befreiung liegt vor) zzgl. Hotel- und Verpflegung.

150 Punkte (BZÄK, DGZMK)

## KURSREIHE WIRKSAM FÜHREN

Ihr Handwerkszeug für wirksame und effiziente Mitarbeiterführung!

04.– 05.05.22 Mitarbeitergespräche – Motivation, Entwicklung, Gehalt, Kritik,...

07.– 08.06.22 Teams wirksam und effizient führen

03.– 05.10.22 Systemik-Intensiv – Systemische Geheimnisse verstehen und nutzen



Investition: EUR 400 €/Kurstag oder 2100 € für die gesamte Kursreihe (zzgl. MwSt.), 8 Punkte (BZÄK, DGZMK)/Kurstag

## NEU: ONLINE-SEMINARE

ab sofort unter [www.handrock-online.de](http://www.handrock-online.de)

Wirksam BERATEN mit der theko® – Beratungsstrategie

Wirksam FÜHREN mit der proprax® – Führungsstrategie



**Dr. Anke Handrock**  
KOMMUNIKATION  
IN DER MEDIZIN

Boumannstraße 32  
13467 Berlin  
Telefon 030 36430590

[www.handrock.de](http://www.handrock.de)

**BASIC**  
BY buchner®

Nasenschlitztücher  
10 x 100 Stk.

**90 €\***

# 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](http://www.buchner.de/basic)

**buchner**

\* Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Praxisinhaber und gewerbliche Abnehmer.  
Der Preis für 10 x 100 Nasenschlitztücher beträgt 90,00 € netto (107,10 € inkl. Mehrwertsteuer) zzgl. Versand.