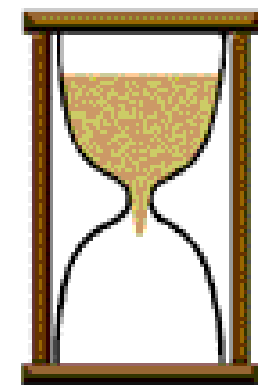




Gleich geht es los mit dem up_Nachrichten Webcast #40

Sollten Sie wider Erwarten Ton- und/oder Bildprobleme haben, gibt es verschiedene Möglichkeiten, dieses Problem zu lösen:

1. Drücken Sie die Taste F5/neu laden, dann wird die Seite neu aufgebaut.
2. Verlassen Sie diesen Webcast (Webinar) und treten mit dem selben Anmeldelink erneut dem Webcast bei. Dabei wird die Verbindung neu aufgebaut.
3. Der Webcast wird von uns live aufgezeichnet und am kommenden Nachmittag als Video-Streaming auf unserer Internetseite www.up-aktuell.de zur Verfügung gestellt.



up_Nachrichten Webcast #40

Mittwoch, 06.10.2021

Vorankündigung

Der nächste up_Nachrichten
Webcast findet in vier Wochen
statt, also am 03. November 2021
um 20:00 Uhr



Das sind die Themen vom 06.10.2021

- **Das fehlt (1): Umsetzung der Blankverordnung** – der gesetzlich vorgegebene Termin zur Umsetzung der Blankverordnung ist kommentarlos nicht eingehalten worden
- **Das fehlt (2): Therapeuten im Bundestag** – die kommende Legislaturperiode findet unter Ausschluss der Heilmittelerbringern statt
- **Das fehlt (3): Bezahlte Therapieberichte** – die von den Logopäden und Physiotherapeuten neu etablierten Arztbericht-Positionen werden an den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern
- **Das fehlt (4): Medizinische Trainingstherapie für GKV-Patienten** – die Position KG-Geräte macht nur 1 Prozent der Physiotherapie-Behandlungen aus, obwohl die Studienlage erhebliches Potential für Patienten dokumentiert
- **Das fehlt (5): Praxen, die die neuen Verträge gut finden** – viele Praxen mit alter GKV-Zulassung zögern bei der Anerkennung der neuen bundeseinheitlichen Versorgungsverträge und lassen die GKV zappeln
- **Kosten von Schnelltests ab 11. Oktober:** Tests im Rahmen der Teststrategie bleiben weiterhin kostenlos
- **Ausblick:** Praxisforum für Rezeptionsfachkräfte am 18.11.2021 online

Umsetzung der Blankoverordnung: Die rechtlichen Grundlagen im SGB V (1/6)

§ 125a

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) ¹Der 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 Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. ²Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. ³Die Verträge sind bis zum 30. September 2021 zu schließen. ⁴Gegenstand 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. ⁵Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des

Umsetzung der Blankoverordnung: Verschobene Termine (2/6)

- Ursprüngliches Gesetz (TSVG – 11. Mai 2019) sah den Vertragsabschluss für den **15. November 2020** vor
- Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz bzw. GPVG verlagert das Datum zum Abschluss der Verträge für die Blankoverordnung auf den **15. März 2021**
- Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wird der Termin zum Vertragsabschluss erneut verschoben, diesmal auf den **30. September 2021**

Umsetzung der Blankoverordnung: Aktueller Status Quo (3/6)

- Zum 30. September 2021 gibt es **keinen einzigen Vertrag zur Blankoverordnung** (Quelle: GKV-Spitzenverband)
- Damit **muss die Schiedsstelle aktiv werden**, ohne dass es dazu einer weiteren Aktivität seitens der Vertragspartner bedarf (§ 125a Absatz 3 SGB V)
- Die Schiedsstelle muss **innerhalb von drei Monaten die Inhalte** der jeweiligen Verträge **festsetzen** (Quelle: §125a Absatz 3 SGB V)

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 30. September 2021 zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § [125](#) Absatz 6 festgesetzt.

- Der GKV-Spitzenverband muss die dann festgesetzten Inhalte der **Verträge veröffentlichen** und dem G-BA übermitteln (Quelle: §125a Absatz 4 SGB V)

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge nach Absatz 1 zu veröffentlichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.

Umsetzung der Blankverordnung: Aktueller Status Quo (4/6)

- Heilmittel-Richtlinie ist seit Januar 2021 für die Blankverordnung bereit

§ 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankverordnung“)

- 1 Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben nach § 13 Absatz 2 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).
- 2 Wenn die Heilmittelbehandlung nicht gemäß den vorgegebenen Zeiträumen nach § 15 begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Verordnungen nach Absatz 1 sind bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie maximal 16 Wochen, bei Maßnahmen der Podologischen Therapie maximal 40 Wochen, ab Verordnungsdatum gültig.
- 3 Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 13 Absatz 2 zu machen.

Vergebene Chance zur Gestaltung (5/6)

1. alle Indikationen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,
2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,
3. einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,
4. Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,
5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,
6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie
7. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

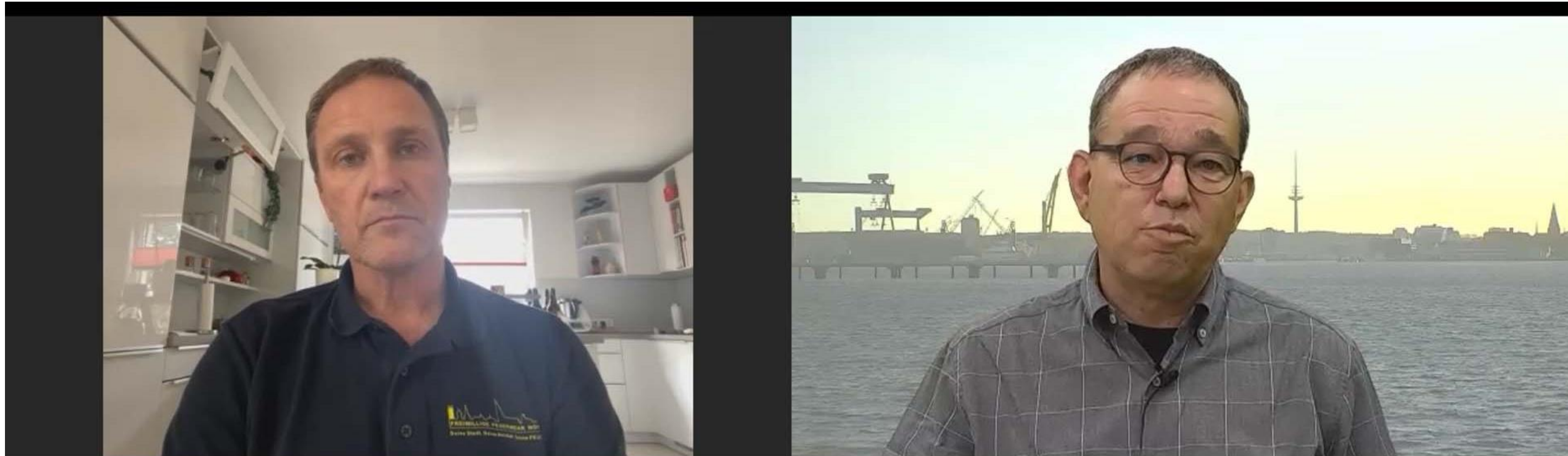
Umsetzung der Blankverordnung: Folgen, Ausblick und Fragen (6/6)

- Ab **Januar 2022** muss es gem. §125a SGB V für jeden Fachbereich einen **Vertrag zur Blankverordnung** geben, der vom GKV-Spitzenverband **veröffentlicht** sein muss
- Was passiert, wenn dieser Termin gerissen wird?
 - Bei der Rechtsaufsicht (BMG)?
 - Bei der Schiedsstelle?
 - Bei/In den Verbänden?
 - In jeder einzelnen Praxis?
- Was passiert, wenn der Inhalt des Vertrages nicht zielführend/falsch ist?
- Option: Patientenbeauftragte der Bundesregierung einschalten?

**Keine Therapeuten im Bundestag –
Legislaturperiode findet unter
Ausschluss der Heilmittelerbringer statt**



Keine Therapeuten im Bundestag - Interview mit Dr. Roy Kühne



Dr. Roy Kühne im Gespräch mit Ralf Buchner

up-aktuell.de

Keine bezahlten Therapieberichte – neu etablierte Arztbericht-Position scheitert am Widerstand der KVen (1/5)

8. Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt

Entsprechend § 14 Abs. 4 dieser Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gemäß § 17 Abs. 6 der Empfehlungen gegen Ende der Behandlungsserie über den Stand der Therapie.

Physio

7. Bericht des Leistungserbringers an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt

Sofern die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies auf dem Verordnungsdokument kenntlich gemacht hat, berichtet der Leistungserbringer dieser oder diesem zum Abschluss der Verordnung schriftlich über den Stand der Therapie. Für den Bericht ist ausschließlich Anhang A zur Leistungsbeschreibung zu verwenden. Der Bericht wird außerhalb der Regelleistungszeit erstellt.

Logo

Keine bezahlten Therapieberichte – neu etablierte Arztbericht-Position scheitert am Widerstand der KVen (2/5)

X9701	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Ärztin oder den Arzt	1,27
X1906	<p>Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen</p> <p>Ein Kreuz auf der Verordnung ist hier nicht ausreichend. Die schriftliche Anforderung ist der Abrechnung beizufügen.</p>	55,00

Physio

	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Berichte	
X3302	<p>Bericht des Leistungserbringers an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt</p> <p>Der Bericht des Leistungserbringers an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt wird von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt über das Verordnungsformular angefordert (Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ).</p> <p>Für diesen Bericht ist ausschließlich Anhang A zur Leistungsbeschreibung zu verwenden.</p>	5,55 €
X3303	<p>Bericht auf besondere Anforderung</p> <p>Der Bericht auf besondere Anforderung (kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ) kann von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt oder dem Medizinischen Dienst beim Leistungserbringer ausschließlich mittels Anhang B zur Leistungsbeschreibung angefordert werden.</p> <p>Für den Bericht auf besondere Anforderung ist ausschließlich Anhang C zur Leistungsbeschreibung zu verwenden.</p>	99,90 €

Logo

Keine bezahlten Therapieberichte – (3/5)

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 80 06 08 · 70506 Stuttgart

An die
Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

Der Vorstand

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefon 0711-7875-3669
Telefax 0711-7875-483794
Verordnungsberatung@kvbawue.de

24.09.2021

Vorsicht: Schiedsstelle setzt neue Preise für Physiotherapie fest und etabliert zu Lasten des Verordnungsvolumens des Arztes einen sogenannten neuen physiotherapeutischen Bericht

Keine bezahlten Therapieberichte – neu etablierte Arztbericht-Position scheitert am Widerstand der Kven (4/5)

Hinweise zum neuen „Physiotherapeutischen Bericht auf schriftliche Anforderung“

Auch für die Physiotherapie wurde, ähnlich wie in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, ein sogenannter **„Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung“** der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes“ von der Schiedsstelle festgelegt.

Dieser schriftliche Bericht kann - sofern Sie ihn für erforderlich halten - formlos (ohne vorgeschriebenes Formular) von Ihnen angefordert werden. Der Inhalt des Berichts ist nicht definiert.

Erneuter Hinweis: Die durch den Bericht entstehenden Kosten fließen in das Verordnungsvolumen des Arztes ein, sofern dieser den Bericht anfordert.

Der gewohnte (kurze) Therapiebericht kann weiter über das Muster 13 angefordert werden.

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Beispiel für eine schriftliche Anforderung eines Berichts

(Anhang B zu Anlage 1 des Logo-Vertrags)

Anhang B zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**
Anforderung durch Ärztin oder Arzt, Medizinischen Dienst und andere vergleichbare Institutionen

Anforderung Bericht

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Hinweis für Ärztinnen oder Ärzte:

Dieser Anforderung muss der Verordnungsbericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ vorausgegangen sein.

Mit diesem Formular fordern Sie einen ausführlichen Bericht von der behandelnden Therapeutin oder dem behandelnden Therapeuten an. Dieser Bericht beinhaltet die therapeutische Diagnostik, Statusfeststellung, Behandlung (Ziel, Inhalt, Verlauf, aktueller Stand, Compliance, Prognose, Empfehlung).

Mit dieser Anforderung lösen Sie Kosten aus. Die Krankenkasse zahlt das Honorar direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten.

Personalien der oder des Versicherten

Name

Vorname

geb. am

Name, Anschrift der Heilmittelpraxis

Begründung für die Anforderung dieses Berichtes

Datum

Unterschrift und Stempel

Ärztin oder Arzt, Medizinischer Dienst,
andere vergleichbare Institutionen

Rechnung an die Gesetzliche Krankenkasse

IK des Leistungserbringers

Heilmittel-Pos.-Nr.

Faktor

Gesamt-Brutto EURO

Datum

Keine Trainingstherapie für GKV-Patienten (1/4)

GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland
Januar bis Dezember 2019

6 Auswertungen zu Einzelleistungen

6.1 Tabelle:

Physiotherapie: Umsätze und Mengen je Einzelleistungen von Januar bis Dezember 2019 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

Leistung	Bund						
	in Tsd.	Änderung	je 1.000 Versicherte	Änderung	je Arzt	Änderung	Anteil an Heilmber.
KG gerätegestützt, EB							
Bruttoumsatz in €	102.194	+ 16,4%	1.404	+ 15,6%	1.020	+ 14,7%	1,9%
Verordnungsblätter	438	+ 4,7%	6	0,0%	4	0,0%	1,1%
Behandlungseinheiten	2.820	+ 5,1%	39	+ 5,4%	28	+ 3,5%	1,0%

KG-Gerät – Versorgungslücke mit Potential für Patient und Praxis

Warum es sich lohnt, auf
Trainingstherapie zu setzen

Seit vielen Jahren gibt es die Position „KG-Gerät – Gerätegestützte Krankengymnastik“. Etwa 30 Prozent aller zugelassenen Physiotherapie-Praxen haben die spezielle Zulassung, diese Position erbringen zu dürfen, doch die Anzahl der für die GKV erbrachten Behandlungseinheiten macht nur etwa ein Prozent aller Behandlungen aus. Das ist überraschend, denn sowohl aus Sicht der Patienten, als auch der Therapeuten und behandelnden Ärzte spricht eigentlich



Medizinisch gesehen ist der seltene Einsatz von KG-Gerät nicht nachvollziehbar, denn praktisch alle medizinischen Leitlinien betonen bei den entsprechenden Indikationen für Physiotherapie die Notwendigkeit von regelmäßigem, meist intensivem Training. Oft kommen die Leitlinien zu dem Ergebnis, dass regelmäßiges Training nach Studienlage wichtiger für den Therapieerfolg ist als z. B. die fachliche Ausrichtung des Therapeuten (Bobath etc.). Betriebswirtschaftlich ist die geringe Behandlungszahl ebenfalls überraschend, denn mit KG-Gerät lässt sich ein Minutenpreis von aktuell über 2 Euro erzielen. Das ist im Vergleich zur gut bezahlten Leistung ‚Manuellen Therapie‘ ein Umsatzplus pro Minute von rund 60 Prozent. Zudem erhalten Patienten bei dieser Position satte 60 Minuten Therapiezeit, also die dreifache Zeit von MT. Das sollte eigentlich zu einer besseren Patientenzufriedenheit führen.

Warum findet KG-Gerät so wenig statt?

Bei der Frage nach den Ursachen für die geringe Nutzung der Position KG-Gerät gibt es drei Bereiche, die dafür als Ursache in Frage kommen: Mangel an Verordnungen, Mangel an Angeboten und ein Mangel an Patienten, die Lust auf diese Therapieform haben.

Mangel an Verordnungen: Gibt es zu wenige Patienten, die die richtige Indikation zur medizinischen Trainingstherapie haben? Gibt es wegen vermeintlicher Budgetbelastung Widerstand bei den Ärzten, KG-Gerät zu verordnen? Oder wissen die ärztlichen Verordner einfach nicht über die aktuelle Studienlage Bescheid?

Mangel an Angeboten: Sind die Praxen organisatorisch auf Parallelbehandlungen eingestellt und haben das notwendige Rüstzeug, die Termine zu füllen? Haben die Behandler den Willen, KG-Gerät umzusetzen und sich auf Parallelbehandlungen wirklich einzulassen? Und sind alle Therapeuten wirklich über die medizinischen Vorteile von Trainingstherapie informiert?

Mangel an Patienten: Verstehen die Patienten, warum Trainingstherapie einen größeren Therapieerfolg garantiert? Haben die Patienten verstanden, das Hands-on-Therapie nur dazu dient, die Selbsttrainingsmöglichkeiten zu aktivieren? Sind die Patienten bereit, sich von vermeintlich angenehmer Hands-on-Therapie zu trennen und in die scheinbar unangenehmere Trainingstherapie zu wechseln?

Ärzte fürchten Budgetbelastung – zu Unrecht

Einen Mangel an Verordnungen beklagen viele Kolleginnen und Kollegen in den ambulanten Praxen. Die Angst der Ärzte vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist mancherorts so stark, dass die Vorteile von KG-Gerät nicht genutzt werden. Dabei ist die Verordnung von KG-Gerät gar nicht budgetbelastender als andere Leistungen. Auf den Minutenpreis heruntergerechnet spart der Arzt sogar und entlastet das Budget (siehe Seite 37 unten). Außerdem kann die Leistung KG-Gerät für die Diagnose-Gruppen WS, EX und CS extrabudgetär verordnet werden. In allen drei Diagnose-Gruppen gibt es sowohl Diagnosen für den langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) als auch für den besonderen Verordnungsbedarf (BVB). Damit ist die Verordnung von KG-Gerät dann ohne Wenn und Aber extrabudgetär.

Bei Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern kann es zielführend sein, einen individuellen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf für eine der drei oben genannten Diagnose-Gruppen zu stellen. Denn auch wenn der Schlaganfall in keiner der Diagnose-Gruppen (WS, EX, CS) erwähnt wird, gibt es Diagnose-Codes für die gesundheitlichen Folgen eines Schlaganfalls, die in die betreffenden Diagnose-Gruppen passen. Immer daran denken: Die Diagnose auf einer Heilmittel-Verordnung ist immer die behandlungsbegründende Diagnose, nicht zwingend die ursächliche Erkrankung.

Praxen scheuen sich vor KG-Gerät – könnten aber davon profitieren

Doch selbst wenn der Arzt KG-Gerät verordnen würde, nicht jede Praxis freut sich über solche Verordnungen. Denn damit sich die Durchführung dieser Leistung richtig lohnt, müssen auch wirklich drei Patienten gleichzeitig zum 60 Minuten Termin kommen. Zwei Patienten KG-Gerät bringen zwar immer noch einen leicht besseren Minutenumsatz als MT oder KG-ZNS, ein einzelner Patient lohnt sich jedoch auf keinen Fall. Für die erforderliche Auslastung der KG-Gerät-Termine könnte man durch entsprechende Organisation sorgen, so ist z. B. bei Privatpatienten die Verordnungshemmung der Ärzte deutlich geringer ausgeprägt. Doch das setzt voraus, dass man Interesse an und Ressourcen für diese Art von Therapie hat. Und das dürfte nicht immer der Fall sein.

Parallelbehandlungen machen dem Therapeuten mehr Arbeit in der Vorbereitung, wecken Ängste, ob

Zehn Argumente für mehr KG-Gerät

- 1. Mehr Erfolg durch hohe Adhärenz/Compliance:** Patienten, die selbst aktiv werden (müssen), haben in der Regel mehr und nachhaltigeren Therapieerfolg.
- 2. Gruppendynamische Effekte durch Kleingruppen:** Gemeinsamkeiten motivieren! Das wird bei Präventionskursen ausdrücklich vorgeschrieben und funktioniert auch in der KG-Gerät Kleingruppe.
- 3. Längere Behandlungszeit trotz Fachkräftemangel:** Mit KG-Gerät verdreifacht sich die Behandlungszeit für die betreffenden Patienten. Endlich dauern Behandlungen in der Physiotherapie so lange, dass Patienten den Trainingseffekt auch wirklich erleben.
- 4. Bessere Evidenz für Therapieerfolg:** Die Studienlage ist eindeutig. Training, gerade auch nach vorbereitender Therapie und angeleitet durch medizinisches Fachpersonal, hat die nachhaltigsten Ergebnisse.
- 5. Exit-Strategie für unerwünschte Dauerpatienten:** Mit KG-Gerät kann man Patienten, die schon lange aus-therapiert sind, aber nicht gehen wollen, langsam der Therapie „entwöhnen“.
- 6. Extrabudgetäre Verordnung möglich:** KG-Gerät lässt sich auch extrabudgetär verordnen, entweder gemäß der Diagnose-Listen zum LHB und BVB oder durch Antrag auf individuellen LHB.
- 7. Testverordnung möglich:** Die Neufassung der Heilm-RL ermöglicht es Ärzten seit Januar 2021 bis zu drei verschiedene vorrangige Heilmittel zu verordnen. Patienten können sich also ein oder zwei Behandlungseinheiten KG-Gerät als Test verordnen lassen.
- 8. KG-Gerät lohnt sich:** Der Preis pro Minute ist bei KG-Gerät rund 60 Prozent höher als bei vergleichbarer normaler KG, wenn man sich an die vertraglich festgelegte Auslastung von drei Patienten je Termin hält.



Sechs Erfolgsfaktoren für KG-Gerät

1. Immer nur als Gruppe planen: KG-Gerät ist nur dann interessant, wenn die vorgesehenen drei Patienten parallel terminiert werden. Die Praxis gibt die entsprechenden Zeitfenster vor, Patienten passen sich dementsprechend an. KG-Gerät als Einzelbehandlung rechnet sich nicht und eine Verkürzung der Therapiezeit verstößt gegen geltende Verträge.

2. Versetzte Startzeiten nutzen: Die Leistungsbeschreibung lässt es zu, dass die Patienten nicht zeitgleich mit dem Training beginnen. Das könnte man konzeptionell nutzen und durch ein zeitversetztes Einbestellen der Patienten die Konzentration auf den jeweils neu hinzugekommenen Patienten ermöglichen.

3. Konsequent die Leistungsbeschreibung umsetzen (lassen): Trainingstherapie ist Trainingstherapie und kein Raum für doch noch ein bisschen Hands-on-Therapie, so gern das Patienten und Therapeuten auch wollen. Für Hands-on-Therapie werden separate Termin gebucht.

4. Individuellen langfristigen Heilmittelbedarf für die richtige Diagnose-Gruppe beantragen: Da KG-Gerät nur in den Diagnose-Gruppen WS, EX und CS verordnet werden kann, muss man manchmal den Arzt beim extra-budgetären Verordnen unterstützen, indem ein individueller Antrag auf LHB für eine der drei oben genannten Diagnose-Gruppen gestellt wird.

5. KG-Gerät als Selbstzahlerleistung anbieten: Selbstverständlich kann man KG-Gerät als medizinische Trainingstherapie auch als Selbstzahlerangebot vermarkten. Gerade in (Nach-) Coronazeiten ist die Hemmung, in ein Fitnessstudio zu gehen, groß. Ein entsprechendes Angebot in der Praxis ist dementsprechend attraktiv.

6. Den Unterschied zwischen KG-Gerät-Training und Fitness deutlich machen: Aufpassen, Behandlung bleibt Behandlung, auch an diesen speziellen, gerade für die Anwendung im medizinischen Kontext zugelassenen Geräten. Training im Fitnessstudio ist etwas anderes als von Therapeuten geplantes, angeleitetes und in Echtzeit überwacht medizinisches Training.



Werbeblock

Passende online-Seminarreihe

KG-Gerät umsetzen



**KG-Gerät umsetzen (Teil 1):
Richtig verordnen lassen**

nur 59,- €

+ MwSt. (= 70,21 € inkl. MwSt.)

 **Online-Seminar am PC**

Art. sem. KGG1



**KG-Gerät umsetzen (Teil 2):
Praxis (und Therapeuten) gut**

nur 59,- €

+ MwSt. (= 70,21 € inkl. MwSt.)

 **Online-Seminar am PC**

Art. sem. KGG2



**KG-Gerät umsetzen (Teil 3):
Patienten aktivieren**

nur 59,- €

+ MwSt. (= 70,21 € inkl. MwSt.)

 **Online-Seminar am PC**

Art. sem. KGG3

<https://www.buchner.de/shop/seminare-e-learning/kg-geraet-umsetzen.html>

Neue Verträge sind kein Hit Viele Praxen lassen GKV „zappeln“



Bundesministerium für Gesundheit • 11055 Berlin

GKV-Spitzenverband
Leiterin der Abteilung
Arznei- und Heilmittel
Frau Dr. Antje Haas
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin

Zur Kenntnis:
Frau Elke Maßing
Leiterin des Referats Heilmittel

Dr. Sonja Optendrenk

Leiterin der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung
Krankenversicherung

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
53107 Bonn

TEL +49 (0)30 18 441 – 1330 / 2000
FAX +49 (0)30 18 441 – 4847 / 4920
E-MAIL Sonja.Optendrenk@bmg.bund.de

Berlin, 31. August 2021

Vorab per E-Mail an:
Antje.Haas@gkv-spitzenverband.de
Elke.Massing@gkv-spitzenverband.de

Anerkennungserklärung gemäß § 124 Abs. 6 SGB V von podologischen Leistungserbringern
und Leistungserbringern der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie



GKV jetzt unbedingt...
#ZappelnLassen



Neue Verträge sind kein Hit

Viele Praxen lassen GKV „zappeln“

Zwischenzeitlich haben wir aus Ihrem Haus erfahren, dass eine vergleichbare Situation auch im Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht. Dort seien zum 25. August 2021 erst 38 Prozent der Anerkenniserklärungen bei den Zulassungsstellen eingegangen. Vor diesem Hintergrund spricht sich das BMG für eine Gleichbehandlung beider Heilmittelbereiche aus und empfiehlt auch für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie eine befristete Tolerierung verspäteter Anerkenniserklärungen für einen Zeitraum von drei Monaten. Stichtag für die Annahme der Anerkenniserklärungen, ohne dass es zuvor zu einem Entzug von Zulassungen kommt, wäre demnach der 15. Dezember 2021.

Bitte stellen Sie dieses Schreiben den Arbeitsgemeinschaften gemäß § 124 Absatz 2 SGB V und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in den beiden betroffenen Heilmittelbereichen zur Verfügung und informieren uns in zweiwöchigen Abständen zum Stand der Anerkenniserklärungen an

127@bmg.bund.de

Stichtage
für die Anerkennung
der neuen Verträge:

Podologie 30.9.2021
Logopädie 15.12.2021
Physiotherapie 28.2.2022

Stand: 01.10.2021



Die ARGE n der Heilmittelzulassung

<https://www.zulassung-heilmittel.de>

Die ARGE n

Die Verträge

 Zulassungsportal



Online-Verfahren

Es stehen Ihnen Funktionen im Heilmittel-Webportal zur Verfügung. Sie können beispielsweise die Anerkennung der bundesweiten Rahmenverträge durchführen.

Im Bereich der Ergotherapie ist der neue bundesweite Rahmenvertrag noch nicht in Kraft getreten. Daher sind für diesen Bereich noch keine Neuzulassungen oder Umzugsmeldungen möglich.



Zulassungsportal

Abgerufen am 6.10.2021



Testen und Bezahlen:

ab dem 11. Oktober müssen Bürgertests bezahlt werden (1/3)

Was ändert sich bei den kostenlosen Bürgertests ab dem 11.10.2021

Da mittlerweile allen Bürgerinnen und Bürgern ein unmittelbares Impfangebot gemacht werden kann, ist eine dauerhafte Übernahme der Kosten für alle Tests durch den Bund und damit den Steuerzahler nicht länger erforderlich. Das kostenlose Testangebot für alle Bürgerinnen und Bürger endet daher am 11. Oktober 2021. Asymptomatische Personen, die keinen Anspruch aus einem der in den §§ 2 – 4 TestV genannten Gründen haben, müssen die Testkosten damit grundsätzlich selber tragen. Personen, für die keine Möglichkeit besteht, einen vollständigen Impfschutz zu erlangen, haben auch weiterhin die Möglichkeit, sich mindestens einmal wöchentlich kostenlos mit einem Schnelltest testen zu lassen.

Testen und Bezahlen:

ab dem 11. Oktober müssen Bürgertests bezahlt werden (2/3)

Wer zahlt was?

Die Länder beschaffen und organisieren die Tests vor Ort und bauen dafür ggf. Testzentren auf oder aus. Für die Versorgung ihrer Einrichtungen (Kitas, Schulen) kommen die Länder selber auf. Der Bund übernimmt dagegen die Kosten für die Schnelltests, die individuell in Testzentren, Apotheken oder Praxen durchgeführt werden. Wenn Unternehmen ihre Belegschaft oder der Einzelhandel und Restaurants ihre Kunden testen lassen wollen, kommen sie selber für die Kosten auf. Bestimmte Einrichtungen können schon seit längerer Zeit Antigen-Schnelltests selbst beschaffen, nutzen und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Das sind z.B. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha-Einrichtungen oder Tageskliniken.

Testen und Bezahlen:

ab dem 11. Oktober müssen Bürgertests bezahlt werden (3/3)

Für folgende Personengruppen können überwachte Antigen-Tests zur Eigenanwendung eingesetzt werden:

- Patientinnen und Patienten, Betreute, Pflegebedürftige, Untergebrachte, vor allem in medizinischen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung (ohne Praxen der human-, zahnärztlichen oder sonstigen humanmedizinischen Heilberufen), in (teil)stationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen, von ambulanten Pflegediensten und Diensten der Eingliederungshilfe und in Tageskliniken
- Besucherinnen und Besucher unmittelbar vor dem Betreten der Einrichtung: vor allem in medizinischen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung (ohne Praxen der human-, zahnärztlichen oder sonstigen humanmedizinischen Heilberufen) sowie in (teil)stationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen

Bei Personen, die in den o.g. Einrichtungen tätig sind oder tätig werden sollen können die Selbsttests auch ohne Überwachung erfolgen. In diesem Fall darf jedoch kein Zeugnis über das Vorliegen oder nicht Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und kein COVID-19 Zertifikat ausgestellt werden. Auch geimpfte und genesene Personen sollten weiterhin in den Testkonzepten inkludiert werden.



05

Methoden für die Mitarbeiterführung

Mit guter Führung erreichen Sie, dass Ihr Team glücklich ist und gerne für Sie arbeitet. Das macht Mitarbeiterführung zu einem wirksamen Instrument gegen den Fachkräftemangel. Warum? Ein Mitarbeiter, der sich wohl und sicher fühlt, bleibt. Und genau das haben Sie selbst in der Hand. Zu Ihrem Job gehört es, Aufgaben und Ziele festzulegen, für eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu sorgen und die Richtung der Praxis vorzugeben. All das entscheidet auch darüber, ob ein Team gut zusammenarbeitet und erstklassige Leistung erbringt. Erfahren Sie, was Mitarbeiterführung konkret bedeutet und mit welchen Methoden sie erfolgreich gelingt.



Führungsmethode: Arbeitstreffen strukturieren



Arbeitstreffen mit dem kompletten Praxisteam sind wichtig, gegenseitig auf den aktuellen Stand zu bringen, um komplexe Aufgaben zu klären, um Praxisabläufe zu optimieren und vielleicht auch um neue Ideen zu checken – sprich schlichtweg, um Team und Praxis noch erfrischen zu machen. Damit Sie zu hilfreichen Ergebnissen gelangen können, sind Besprechungen gut vorzubereiten.

Wenn Sie ein Arbeitstreffen organisieren, müssen Sie wissen, worauf zu achten ist. Besprechungen kosten eine Menge Geld, denn hier treffen sich kompetente Fachleute, die während dieser Zeit nicht im Tagesgeschäft arbeiten können. Wenn Sie sich für ein Arbeitstreffen entscheiden, müssen Sie dem Treffen also eine Struktur geben. So erhöhen Sie die Wahrscheinlichkeit für einen produktiven Verlauf mit einem guten Ergebnis am Ende, das Sie, Ihr Team und die Praxis weiterbringt.

Hinweis

Nicht alle der beschriebenen Schritte müssen zwingend bei jeder Besprechung durchlaufen werden. Es empfiehlt sich aber, den kompletten Ablauf wenigstens einmal durchzuspielen. Auf diese Weise stoßen Sie vielleicht auf offene Fragen, die Sie vorab klären müssen und auf Punkte, bei denen Sie Unterstützung benötigen. Diese können Sie dann rechtzeitig organisieren.

Mit dieser Methode

- sorgen Sie für zufriedene Teilnehmer bei einer Besprechung
- erledigen Sie die gestellte Aufgabe besser
- schaffen Sie einen professionellen Rahmen für die gemeinsame Arbeit im Besprechungsteam
- arbeiten Sie effektiv und zielorientiert

Benötigtes Material: Flipchart, eine Tafel oder ein Notizblock, Moderationsmaterial.

Info

Die Vorbereitung nimmt in der Regel ungefähr die doppelte Zeit der geplanten Besprechungsdauer in Anspruch. Wer routiniert vorbereitet, schafft es im Verhältnis eins zu eins. Wer weniger Zeit benötigt, übersieht vermutlich etwas.

Achtung!

Eine schlecht vorbereitete Besprechung lässt sich nicht entschuldigen! Die negative Wirkung ist enorm, denn Sie haben viele Zuschauer.

Grundsätzlich gilt:

Führen Sie kein Arbeitstreffen ohne Agenda durch. Legen Sie immer den inhaltlichen Ablauf fest, ebenso das Ziel des Treffens. Planen Sie die zeitliche Dauer sinnvoll. Überlegen Sie, welche Personen teilnehmen sollen: Sollen nur die Mitarbeiter dabei sein? Muss jeder aus dem Praxisteam anwesend sein? Ist es sinnvoll, weitere Gäste einzuladen, die zum Treffen beitragen können? Bereiten Sie außerdem das nötige Material für die Moderation vor und bestimmen Sie, wie die Moderationsform aussehen soll. Ein Arbeitstreffen besteht aus fünf Phasen. Der Ablauf jeder Phase lässt sich auf jeden Fall immer planen und vorbereiten.

So sehen die Phasen aus

Phase 1 – Anfang

Das Arbeitstreffen beginnt. Der Fokus liegt auf den Teilnehmern. Sie begrüßen sie und stellen sie vor, oder die Teilnehmer übernehmen das selbst. Jeder äußert sich zu seiner Motivation für das Dabeisein bei der Besprechung und nennt persönliche Erwartungen.

Phase 2 – Orientierung

Weiterhin stehen die Teilnehmer im Mittelpunkt. Sie als Gastgeber erklären das Ziel des Meetings und stellen die Agenda vor. Diese verabschieden Sie gemeinsam mit den Teilnehmern. Danach legen Sie die Art und Weise fest, wie sich jeder beteiligen darf, kann und soll. Außerdem vereinbaren Sie die Dokumentationsform, etwa als schriftliches Protokoll oder als Videoaufzeichnung – je nachdem, welche Möglichkeiten bestehen.

Phase 3 – Agenda/Inhalte

Nun richtet sich der Fokus auf das Thema der Besprechung, auf den Inhalt oder die Inhalte. Sie lassen jeden zu Wort kommen und sammeln Ideen und Gedanken. Sie bemühen sich, alle wichtigen Aspekte des Themas zu erfassen, die für die Praxis eine Rolle spielen. Danach analysieren und bewerten Sie gemeinsam jedes Detail und bringen es in den Gesamtkontext. Hierbei treffen Sie Entscheidungen darüber, was wesentlich ist, welche Punkte zielführend sind und welche aktuell nicht.

Tipp: Visualisieren Sie konsequent. So sortieren Sie alle erwähnten Punkte und die Teilnehmer behalten den Überblick. Halten Sie außerdem jeden Teilnehmer aktiv und wechseln Sie die Methode.

Phase 4 – Zusammenfassung

Alle wichtigen Details und Stichpunkte sind genannt. Nun richten Sie zusammen mit allen Teilnehmern den Fokus auf die Ergebnisse. Fassen Sie zusammen, stellen Sie Verbindungen zwischen einzelnen Punkten her und formulieren Sie die Schwerpunkte. Treffen Sie anhand der Ergebnisse die jetzt nötigen Entscheidungen, zum Beispiel zum weiteren Vorgehen. Zuletzt fassen Sie den Verlauf der Besprechung zusammen.

Phase 5 – Abschluss

Zum Schluss legen Sie den Fokus wieder auf die Teilnehmer. In einer Feedback-Runde hat jeder Gelegenheit, sich zu dem Arbeitstreffen zu äußern – etwa zur Organisation oder auch zu den Inhalten. Als Gastgeber bedanken Sie sich für den Termin, die Zusammenarbeit und das Mitwirken jedes einzelnen. Wichtig: Gehen Sie mit einem guten Gefühl auseinander! Klären Sie gegebenenfalls noch strittige Punkte und nehmen Sie Kritik an. ■ [rb]



Erfolgsfaktor: Gutes Betriebsklima

Was ein positives Betriebsklima ausmacht und wie Sie es positiv beeinflussen



Ein gutes Betriebsklima ist in aller Munde. Doch wissen Sie eigentlich, was genau damit gemeint ist? Das Betriebsklima bezeichnet die Qualität der Zusammenarbeit und sozialen Beziehungen in Ihrer Praxis. Die Bedeutung eines guten Betriebsklimas kann kaum zu hoch eingeschätzt werden, denn sie wirkt sich direkt auf die Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit Ihrer Mitarbeiter aus. In diesem Schwerpunkt zeigen wir Ihnen, wie sich ein gutes von einem schlechten Betriebsklima unterscheidet, welchen Einfluss es auf den Praxiserfolg hat und was Sie ganz konkret tun können, um das Betriebsklima langfristig positiv zu beeinflussen.

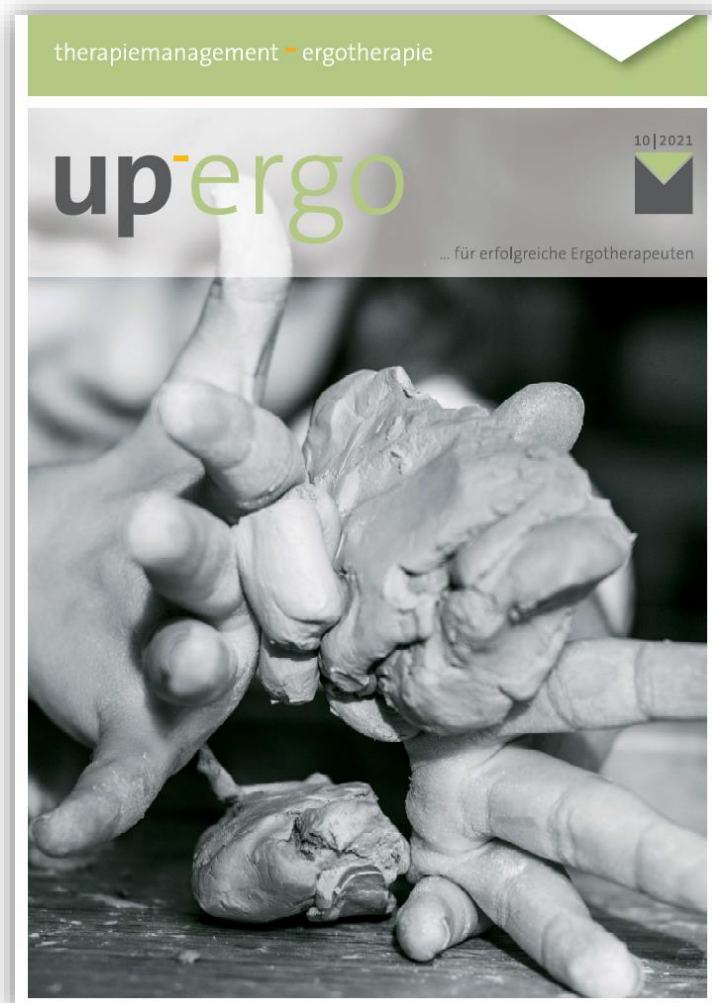
Diese Artikel lesen Sie zum Schwerpunkt **Gutes Betriebsklima**

Teil 01	Faktoren, die am guten Betriebsklima kratzen	Seite 14
Teil 02	„Was Mobbing für die betroffene Person bedeutet“ – Interview mit Brigitte Harste	Seite 16
Teil 03	Gutes Betriebsklima = erfolgreiche Praxis?!	Seite 20
Teil 04	Acht Handlungsfelder, die das Betriebsklima beeinflussen	Seite 22
Teil 05	So können Sie das Betriebsklima messen	Seite 26

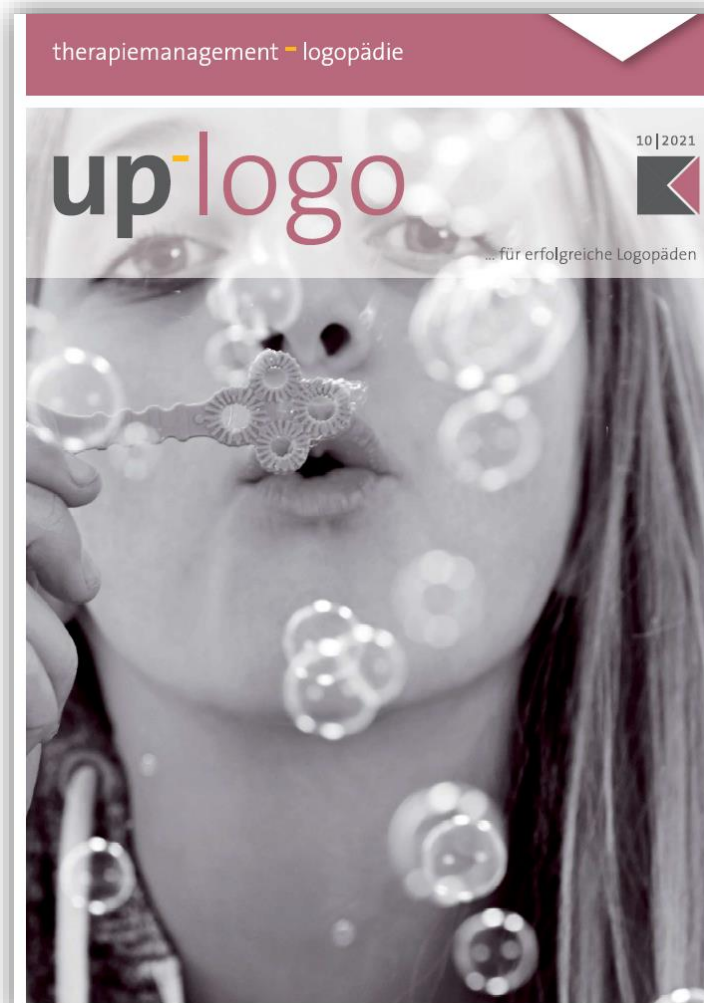


up_therapiemanagement

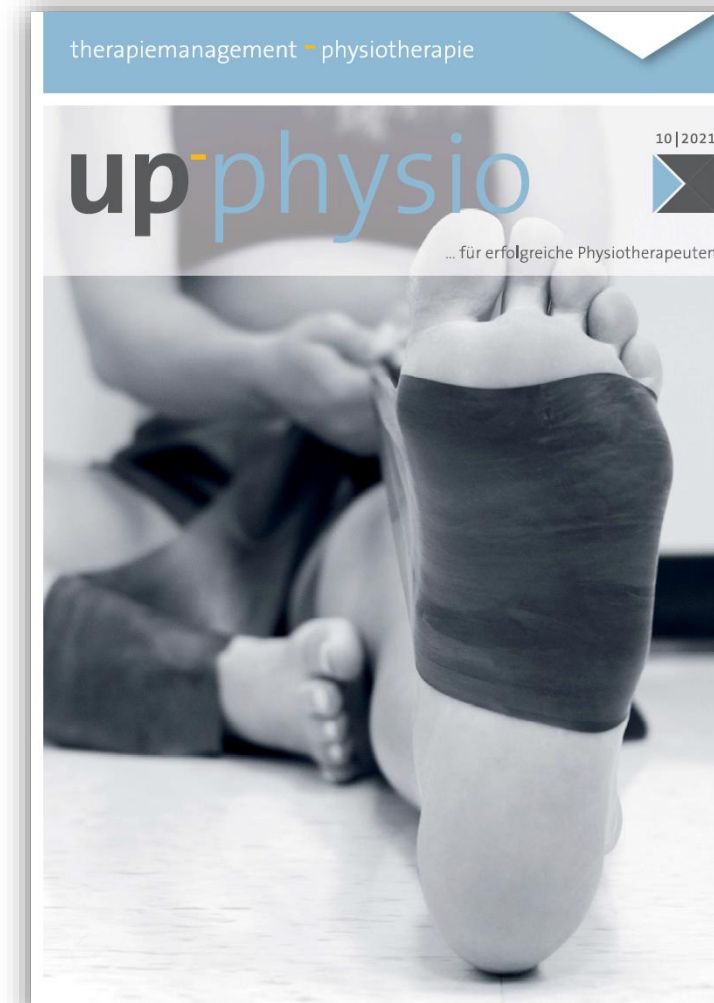
Das lesen Abonnenten im September



Typ-2-Diabetes: Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen empfohlen +++ Infozept Quarkwickel +++ 4 Hilfsmittel-Steckbriefe +++ Bundesverband Kinderrheuma +++ Extrabudgetäre Verordnung von Ergotherapie bei der Diagnose Chorea Huntington +++ Rücken-Mythen #01



Beim Dravet-Syndrom erhalten Klein- und Vorschulkinder Physio- und Sprachtherapie +++ Videotherapie im Scheinwerferlicht +++ Infozept Stimme III +++ 4 Hilfsmittel-Steckbriefe +++ Multiple Sklerose Gesellschaft +++ Extrabudgetäre Verordnung von Logopädie bei der Diagnose Chorea Huntington +++ Rücken-Mythen #01



Studie: Physiotherapeutischer Diagnostikprozess bietet Verbesserungspotenzial +++ Nicht ohne meinen Sling Trainer +++ Infozept Beckenbodentraining II +++ 4 Hilfsmittel-Steckbriefe +++ Bundesverband Kinderrheuma +++ Extrabudgetäre Verordnung von Physiotherapie bei der Diagnose Chorea Huntington +++ Rücken-Mythen #01

ÜBER UNS

■ Know-how und Engagement für Ihren Praxiserfolg

Die Zukunft der Heilmittel-Therapie ist spannend. Wir wollen nicht einfach darauf warten, was morgen passiert. Wir unterstützen Therapeuten dabei, die Zukunft der Heilmittel-Therapie selbstbestimmt zu gestalten.

Wir entwickeln unsere Lösungen und Produkte auf der Grundlage von über 30 Jahren Branchen-erfahrung. Unser Team besteht aus Therapeuten, Betriebswirten, Steuerberatern, Branchenkennern, Rechtsanwälten und vielen engagierten Kollegen.

Wir beziehen einen klaren Standpunkt, wenn es darum geht, die wirtschaftlichen Interessen unserer Kunden zu sichern. Dabei scheuen wir uns nicht, Dinge infrage zu stellen, um neue Perspektiven zu eröffnen.



■ Unsere Überzeugung

Therapie wirkt und hilft Menschen umfassend, Lebensqualität wiederherzustellen, zu sichern und dauerhaft zu verbessern. Therapeuten und Mitarbeiter in den Praxen leisten dazu den entscheidenden Beitrag.

■ Freiraum für Therapie...

...sichert die angemessene Bezahlung von Therapeuten und sorgt dafür, dass Patienten auch in Zukunft die Therapie erhalten, die sie brauchen. Wirtschaftlich erfolgreiche, unabhängige und selbstbewusste Therapeuten sind die Basis für großartige Therapie.

KONTAKT DATEN



24149 Kiel



+49 431 720 000



info@buchner.de




www.buchner.de



www.up-aktuell.de

 facebook.com/buchner.de

 facebook.com/unternehmenpraxis

