


Gute
Nachrichten
für
Therapeuten

02 | 2022

up ⁻unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen



Florian Weh | Hauptgeschäftsführer
des Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbandes
der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister
(AGV MOVE)

GKV-Versorgungsverträge: Verpasste Ziele, gerissene Fristen und laufende Verfahren

Raus aus der Talkshow: Fünf
Probleme, die Minister Karl
Lauterbach wirklich lösen muss

Mehr Zeit für Therapie: Arzt
fordert 40-Minuten-Termin
als Standard-Therapiedauer

Ab dem 16. März 2022: Unge-
impfte Mitarbeiter muss man
melden, aber nicht entlassen



Ohne Finanzhaie abrechnen lassen für nur 0,89%

**100% flexibel. 100% fair.
Einfach anders als bei den Anderen!**

- ✓ Nur 0,89% Kostenanteil. Auszahlung in 21 Tagen. GKV-Abrechnung inklusive PKV-Liquidation.
- ✓ Nur ein Monat Vertragslaufzeit. Günstige optionale Services: Von manueller VO-Prüfung bis hin zur Auszahlungsmöglichkeit in 7 Tagen.
- ✓ Praxissoftware oder Pluspaket mit Antworten auf betriebswirtschaftliche Fragen oder Beratung Ihrer Praxis zubuchbar.
- ✓ 80 Jahre gemeinsame Erfahrung. Inhabergeführt. Anders als die großen Konzerne.

**Jetzt Termin vereinbaren
auf buchner.de/finanz**



Ein Angebot in Partnerschaft mit der ARNI GmbH





Wetten, dass...?

Es kam fast ein wenig überraschend, als die Schiedsstelle kurz vor Jahresende ihren Schiedsspruch für den Versorgungsvertrag der Ergotherapeuten verkündet hat. Damit hat nun auch die letzte der fünf Berufsgruppen im Heilmittelbereich ihren bundeseinheitlichen Vertrag. Da ist der Zeitpunkt gut, sich die gesammelten Werke einmal genauer anzuschauen – und miteinander zu vergleichen. Spoiler: Es ist nicht alles so gelaufen, wie man sich das hätte wünschen können.

Fast fragt man sich, ob sich die Verhandlungspartner sich bei einer bekannten Samstagabend-Show bewerben wollten. Etwa damit: Wetten, dass wir es schaffen, aus einer gemeinsamen Verordnung, die eigentlich für weniger Bürokratie sorgen und Prüfungen vereinfachen sollte, genau das Gegenteil zu machen? Die Wette ist bereits gewonnen, wie erfolgreich zeigt das „Heilmittel in Zahlen“ dieser Ausgabe. Für die Zukunft wünschen wir uns aber, dass die Verhandlungspartner damit gewinnen: Wetten, dass wir bessere Lösungen finden können? Dazu möchten wir ein wenig beitragen und zeigen darum in dieser Ausgabe auch die Chancen und Verbesserungspotenziale auf, die sich aus den aktuellen Verträgen ergeben. Denn es ist wie es ist. Verschwenden wir keine Energie damit zu klagen, sondern schauen wir konstruktiv in die Zukunft.

Darum beschäftigen wir uns auch nicht nur mit den Inhalten der Verträge, sondern auch damit, wie diese zustande gekommen sind. Ein ehemaliger Verhandlungsteilnehmer gibt uns Einblicke hinter die Kulissen und berichtet unter anderem, woran es seiner Ansicht nach bei den Verhandlungen gehakt hat. Und Florian Weh saß schon für die Deutsche Bahn und Lufthansa am Verhandlungstisch. Er erklärt, worauf es bei komplexen Verhandlungen ankommt und wie man seine Ziele erreicht.

Bleiben Sie optimistisch 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 **Gastbeitrag eines Arztes**, der die Bedeutung der Physiotherapie in der Patientenversorgung hervorhebt und die Branche dazu aufruft, endlich gemeinsam zu handeln.

... ist ein **Urteil des Bundesgerichtshofs** zum Thema Mietminderung aufgrund eines staatlich angeordneten Lockdowns, das auch für Praxisinhaber durchaus relevant sein kann.

... sind **Marlon und Frederic Schulmeister**. Die Brüder möchten der größte Podologie-Anbieter Deutschlands werden und haben gerade eine eigene Fußpflege-Serie entwickelt.

Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Netz
www.up-aktuell.de



Post
Zum Kesselort 53
24149 Kiel



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Instagram
upaktuell



18 Schwerpunkt | Rahmenverträge Dauerbaustelle Versorgungsverträge

- Verpasste Ziele, gerissene Fristen, laufende Verfahren
- Aktuelle Rahmenbedingungen sorgen für Veränderung
- Große und kleine Unterschiede zwischen den Verträgen
- Neue unsinnige Vertragsregeln für Praxisinhaber
- Was in den neuen Verträgen fehlt

06 Ab dem 16. März 2022: Ungeimpfte Mitarbeiter muss man melden, aber nicht entlassen

08 Raus aus der Talkshow: Fünf Probleme, die Minister Karl Lauterbach wirklich lösen muss

38 Mehr Zeit für Therapie: Arzt fordert 40-Minuten-Termin als Standard-Therapiedauer

In **up_therapiemanagement** lesen Abonnenten diesmal:



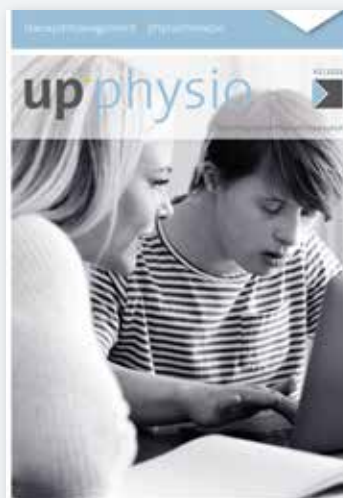
Handinfektionen durch speziell geschulte Ergo- und Physiotherapeuten behandeln +++ Geriatrie III +++ Aus dem Formularschrank: Fußgesundheits +++ Für Ihre Ärzte: Bösartige Neubildung des Gehirns im Temporallappen



Psychische Erkrankungen im Alter auch ergo- und physiotherapeutisch behandeln +++ Aus dem Formularschrank: Fußball +++ Geriatrie III +++ Für Ihre Patienten: Epilepsie-Vereinigung +++ Stimmhygiene #02



Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie bei Morbus Parkinson empfohlen +++ Therapie-Sternstunden +++ Geriatrie III +++ Für Ihre Patienten: Epilepsie-Vereinigung +++ Stimmhygiene #02





45 Google-Analytics und der Datenschutz



46 SCHÖNE FÜSSE

Zwei Podologen entwickeln als Brüdergespann eigene Fußpflegeprodukte



- 03 **Editorial** | Wetten, dass...?
- 06 **Branchennews**
- 08 Raus aus der Talkshow: **Fünf Probleme, die Lauterbach wirklich lösen muss**
- 14 **Heilmittel in Zahlen** | Ein Formular mit 21 Stolperfallen
Banale Dinge verschieden geregelt
-
- 18 **Schwerpunkt | Rahmenverträge**
Dauerbaustelle Versorgungsverträge
 - Verpasste Ziele, gerissene Fristen, laufende Verfahren
 - Aktuelle Rahmenbedingungen sorgen für Veränderung
 - Große und kleine Unterschiede zwischen den Verträgen
 - Neue unsinnige Vertragsregeln für Praxisinhaber
 - Was in den neuen Verträgen fehlt
- 32 **Interview** | Ein Insider der Rahmenvertragsverhandlungen
Physiotherapie
- 34 **Interview** | Florian Weh, Ein Gespräch über
Verhandlungsziele, Strategien und erfolgreiche
Kommunikation
-
- 38 **Physiotherapeuten, handelt endlich gemeinsam!**
Ein Gastbeitrag von Dr. med. Rolf Eichinger,
Allgemeinarzt und Chirotherapeut
- 41 **Urteil:** Keine Beschäftigung ohne Maske
Urteil: Keine Vergütung während des „Lockdowns“
- 44 **BGH-Urteil:** Anspruch auf Mietminderung bei Lockdown
- 45 **Google-Analytics und der Datenschutz**
Niels Köhler, externer Datenschutzbeauftragter für
up|plus-Kunden
- 46 **SCHÖNE FÜSSE FÜR GANZ DEUTSCHLAND**
Zwei Podologen entwickeln als Brüdergespann
eigene Fußpflegeprodukte
- 50 **Impressum** | Kurz vor Schluss

Ab 16. März 2022: Ungeimpfte Mitarbeiter muss man melden, aber nicht gleich entlassen

Praxisinhaber müssen die Immunitätsnachweise der Mitarbeiter, wie Impfausweise, Genesenennachweise und ärztliche Zeugnisse, bis zum 15. März 2022 kontrollieren. Kann ein Mitarbeiter keinen Nachweis erbringen oder besteht Zweifel an der Echtheit des Dokuments, muss der Praxisinhaber diese Personen beim zuständigen Gesundheitsamt melden. Dieses tritt dann an die betroffenen Mitarbeiter heran.

Legen die Mitarbeiter innerhalb einer bestimmten Frist die notwendigen Nachweise weiterhin nicht vor, kann das Gesundheitsamt zum Beispiel ärztliche Untersuchungen anordnen – wenn etwa Mitarbeiter angeben, aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden zu können. Weiterhin ist es möglich, dass das Amt ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot ausspricht. Mitarbeiter, die ab dem 16. März 2022 in der Praxis neu anfangen, dürfen ihre Tätigkeit nur aufnehmen, wenn sie einen Immunitätsnachweis vorlegen.

Die Gesundheitsämter dürfen auch ohne vorherige Ankündigung in die Praxis kommen und die Nachweise der in der Praxis tätigen Personen kontrollieren.



Hinweis: Die einrichtungsbezogene Impfpflicht verunsichert zurzeit viele Praxisinhaber. Auf www.zusammengegencorona.de finden Sie hier Antworten auf viele Fragen dazu.

Genesenenstatus von sechs Monaten auf 90 Tage reduziert

Stand 18.01.2022. Ein Genesenennachweis im Sinne der Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung gilt nur noch für 90 Tage nach Abnahme eines positiven PCR-Tests. Das teilt das Robert Koch-Institut auf seiner Internetseite mit. Bisher war ein Genesenennachweis sechs Monate gültig. Der Genesenenstatus beginnt 28 Tage nach dem positiven Testergebnis.

Die Verkürzung wird damit begründet, dass „die bisherige wissenschaftliche Evidenz darauf hindeutet, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion einen im Vergleich zur Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer erneuten Infektion mit der Omikronvariante haben.“

Ergotherapie: FA-Katalog zum neuen Rahmenvertrag veröffentlicht

Der GKV-Spitzenverband hat zusammen mit dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED) und dem Deutschen Verband Ergotherapie (DVE) einen Fragen-Antworten-Katalog (FAK) zum neuen Rahmenvertrag für Ergotherapie veröffentlicht. Derzeit umfasst der FAK 60 Fragen, wird aber fortlaufend aktualisiert.

Der neue Rahmenvertrag gilt seit dem 1. Januar 2022. Die darin enthaltenen Regelungen gelten auch für Verordnungen, die vorher ausgestellt worden sind, solange mindestens eine Behandlung nach dem 31. Dezember 2021 erfolgt ist (s. Frage Nr. 3 im FAK). Weitere Themen im Fragen-Antworten-Katalog sind u. a. Behandlungsbeginn, Fortbildungen, Korrekturen, die Unterbrechungsregel, die Verordnungsrückseite und Zuzahlung. Die Anerkennungserklärung zum neuen Rahmenvertrag ist bis zum 30. Juni 2022 bei der jeweiligen ARGE Heilmittel einzureichen.

mehr: Den FA-Katalog finden Sie hier: <https://tinyurl.com/4r8f4768>

DGUV: Pandemiebedingt längere Unterbrechungsfristen zulässig

Stand 10.01.2022. Auch die DGUV hat die pandemiebedingten Sonderregelungen zu Hygienepauschale und Unterbrechungsfristen bis Ende März 2022 verlängert. Für Akutpatienten sind im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung derzeit Unterbrechungen von 14 Kalendertagen zulässig, teilt die Pressestelle mit.

Bei Langzeitbehandlungen mit entsprechend vorliegender von einer Berufsgenossenschaft oder einer Unfallkasse genehmigter Dauerverordnung ist eine Unterbrechung von vier Wochen (28 Kalendertagen) zulässig. Zudem können Heilmittelerbringer weiterhin die Hygienepauschale von 1,50 Euro pro Verordnung abrechnen (wir berichteten).

Behandlungen per Video übernehmen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich nicht. Nach ausführlicher interner ärztlicher Beratung sei man zu dem Ergebnis gekommen, dass im Unfallgeschehen in den überwiegenden Fällen eine persönliche Therapie notwendig sei, um den Heilerfolg sicherzustellen.



Verordnungsformular für medizinische Reha wird voraussichtlich ab Juli 2022 angepasst



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass eine geriatrische Reha künftig nach vertragsärztlicher Verordnung ohne die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse möglich sein soll. Die Änderung soll ab 1. Juli 2022 gelten. Der verordnende Arzt muss dann künftig die geriatrische Indikation überprüfen und

den medizinischen Bedarf der geriatrischen Rehabilitation auf der Verordnung (Formular 61) dokumentieren. Darum wird diese angepasst, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitteilt. Zudem soll der Antrag auf Kostenübernahme für Reha-Sport und Funktionstraining (Formular 56) angepasst werden. Grund dafür ist eine Aktualisierung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die die KBV, die Kostenträger und die Leistungserbringerverbände beschlossen haben.

Der elektronische AU-Schein wird ab Juli 2022 verpflichtend

Ab dem 1. Juli 2022 wird die Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verpflichtend für alle Arbeitgeber. Es ist vorgesehen, dass die Arbeitgeber, also auch die Praxisinhaber, dann von den Krankenkassen auf diesem Weg die Krankmeldung eines Mitarbeiters erhalten.

Schon seit Oktober 2021 ist die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit (AU) auf Papier, auch bekannt als „Gelber Schein“, abgeschafft. Aufgrund technischer Verzögerungen gibt es eine Übergangsfrist bis Ende Juni 2022. Allerdings wird das Verfahren auch danach noch nicht komplett papierlos ablaufen, denn der Patient soll auch weiterhin einen Ausdruck für seine Unterlagen bekommen - als gesetzlich vorgesehenes Beweismittel. Außerdem ist der Arbeitnehmer auch nach wie vor gemäß § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) verpflichtet, sich unverzüglich bei seinem Arbeitgeber krankzumelden.

Kodier-Check in der Praxissoftware unterstützt Ärzte

Seit Januar 2022 erhalten Ärzte beim Kodieren Unterstützung von ihrer Praxissoftware. Denn gerade bei komplexen Krankheitsbildern wie Schlaganfall oder Diabetes ist die Suche nach einem passgenauen Diagnoseschlüssel mitunter schwierig.

Ein neuer Baustein der Kodierunterstützung ist der „Kodier-Check“. Dieser läuft im Hintergrund und gibt dem Arzt bei Unstimmigkeiten einen Hinweis. Der Arzt wird dann beispielsweise darüber informiert, dass ein spezifischer ICD-10-GM-Code vorhanden ist. Diesen kann er direkt auswählen und ändern lassen. Zunächst steht diese Hilfe für die Diagnosebereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Bluthochdruckfolgen zur Verfügung.

mehr: Eine Übersicht zu den verschiedenen Bausteinen der Kodierunterstützung findet sich auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):

www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Kodierunterstuetzung.pdf

Gesundheitsausschuss:

Grüne Kappert-Gonther zur Vizevorsitzenden gewählt

Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag haben Dr. Kirsten Kappert-Gonther zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. In geheimer Wahl stimmten 31 der 42 Mitglieder für die Abgeordnete der Grünen. Die 55-Jährige ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und bereits seit 2017 im Bundestag vertreten. Sie gehörte auch in der vergangenen Legislaturperiode dem Gesundheitsausschuss an. Kappert-Gonther führt als Vizevorsitzende die Amtsgeschäfte. Der Vorsitz des Gesundheitsausschusses bleibt weiter vakant. Das Vorschlagsrecht für den Vorsitzenden hat die AfD-Fraktion. Der von ihr vorgeschlagene Ab-

geordnete Jörg Schneider stellte sich erneut der Wahl, erreichte mit acht Ja-Stimmen und 29 Nein-Stimmen aber nicht die erforderliche Mehrheit. Bereits im Dezember 2021 war Schneider in der konstituierenden Sitzung bei der Wahl zum Vorsitzenden gescheitert. Die kommissarische Leitung hatte daraufhin der CDU-Abgeordnete Hubert Hüppe als dienstältestes Mitglied des Gesundheitsausschusses übernommen. Neben dem Gesundheitsausschuss konnte die AfD auch im Innenausschuss sowie im Ausschuss für Entwicklungszusammenarbeit ihre Personalvorschläge nicht durchsetzen und klagt nun vor dem Bundesverfassungsgericht.

Raus aus der Talkshow: **Fünf Probleme, die Lauterbach wirklich lösen muss**

Ein Gastbeitrag von Silke Jäger, Medizinjournalistin



Mit seiner Corona-Expertise wurde er der Gesundheitsminister der Herzen. Aber in einem der härtesten Ressorts der Bundespolitik warten auf Karl Lauterbach noch ganz andere Krisen.



Kaum eine Zeitung kommt in diesen Tagen ohne einen Text über Karl Lauterbach aus. Vom Talkshow-König zum Minister. Alle fragen sich: Kann er das? Hat Olaf Scholz mit Lauterbachs Ernennung einen Fehler gemacht? Wird der sachkundige Gesundheitsexperte im Politikzirkus bestehen?

Lauterbachs Pandemie-Expertise hat ihn ins Ministerium getragen. Aber es gibt viel Skepsis. Lauterbach ist kein typischer Politiker. Denn statt auf politische Seilschaften setzt er auf evidenzbasierte Entscheidungen. Politik auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Das halten viele für seine größte Stärke. Doch manche sehen genau darin seine größte Schwäche.

Thomas Steffen, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, schenkte seinem neuen Chef bei der Schlüsselübergabe einen Nussknacker. Ein starkes Symbol für die schwer zu knackende Nuss, die Gesundheitspolitik ist und immer schon war – auch ohne Pandemie. Wer Gesundheitsminister ist, muss mehr draufhaben als kluges Pandemiemanagement.

Lauterbach wirkte vor seiner Amtsernennung oft wie das Kontrastprogramm zu seinem Vorgänger Jens Spahn, der immer wieder Fehler machte, zum Beispiel beim Einkauf von Masken. Lauterbach hatte mit seinen Warnungen meistens recht. Vielleicht kein Wunder; er ist studierter Epidemiologe, Spahn hingegen Bankkaufmann. Trotzdem wird Lauterbach auch auf Spahns Vorarbeit aufbauen können, beide haben in der großen Koalition sowieso im Team gearbeitet (was sowohl Spahn als auch Lauterbach in Wahlkampfzeiten lieber verschwiegen haben).

Bisher hat Karl Lauterbach vor allem erklärt und gewarnt. Das war vergleichsweise leicht. Jetzt muss er liefern: Abseits der Talkshowscheinwerfer und Fernsehkameras harte Nüsse knacken, für das chronisch kranke Gesundheitswesen Lösungen organisieren.

Es mangelt nicht an diesen Lösungen, viele liegen schon auf dem Tisch. Lauterbach weiß, was sie überzeugend macht und wo mögliche Fallstricke liegen. Das unterscheidet ihn von vielen an-

deren Kandidat:innen für diesen Posten. Der Mann hat Ahnung. Doch die eigentliche Aufgabe wird sein, einen Konsens für neue Lösungen zu finden und diesen dann auch zu verkaufen. Dafür braucht er starke Netzwerke und viele Unterstützer:innen aus den Bereichen, die diese Lösungen bislang zu verhindern wussten – oder ausbremsten.

Fünf harte Nüsse, die Karl Lauterbach knacken muss

Harte Nuss Nummer 1 Pandemiemanagement

Lauterbach lässt sich die Auftritte in Talkshows nicht nehmen. Maybrit Illner und Anne Will beehrte er in der vergangenen Woche mit einem Besuch in seiner neuen Rolle als Gesundheitsminister. Dort erklärte er in gewohnter Manier, wie er sich das Rausimpfen aus der Pandemie vorstellt und was die Mitarbeiter:innen seines Ministeriums in den ersten Tagen seiner Amtszeit bereits dafür getan haben, dass dieser Plan gelingt. Inventur: Was wurde bestellt und wann wird es geliefert? Planung: Was wird wann gebraucht und muss jetzt bestellt werden?

Doch das Impfmanagement ist komplexer als Impfstoffbestellungen. Derzeit kann jede Arztpraxis unbegrenzt Corona-Impfstoff für die nachfolgende Woche bestellen, allerdings nur höchstens 30 Dosen des Biontech-Impfstoffs. Ärzt:innen beklagen das, denn dieser Impfstoff ist der beliebteste. In vielen Medienberichten wird daraus die verkürzte Schlagzeile: Arztpraxen fehlt Impfstoff. Das stimmt so nicht, aber die Verteilung ist tatsächlich ein Problem, der Bestellprozess kompliziert, die Nachfrage nach Booster-Impfungen im Moment sehr hoch.

Lauterbach will die Impfstoffverteilung vereinfachen. Doch das ist wegen der gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen anspruchsvoll. Auch in einer epidemischen Notlage nationaler

Tragweite gilt das Medizinrecht, müssen Lieferstrukturen berücksichtigt und Patient:innen zeitaufwändig aufgeklärt werden – selbst wenn Parlamente die Notlage nicht mehr feststellen. Sicher ist: Massenimpfungen sprengen den Normalbetrieb. Viele Arztpraxen arbeiten seit 22 Monaten an ihrer Kapazitätsgrenze.

Doch selbst wenn Lauterbach die Impfstoffverteilung verbessern würde, bleibt das Problem der Impfunwilligen. Auch die geplante allgemeine Impfpflicht wird vielleicht nicht genügend ungeimpfte Menschen dazu motivieren, sich ihre Impfung abzuholen. Es wäre gut, sie gezielt anzusprechen. In Deutschland gibt es kein Register für Geimpfte oder Ungeimpfte. Deshalb braucht es eine kluge Impfkampagne, die auch diejenigen erreicht, die bisher gezögert haben oder mit dem Verfahren überfordert sind. Eine Mammutaufgabe.

Harte Nuss Nummer 2 Digitalisierung

In der Pandemie wurde vielen erst richtig klar, wie wichtig gutes Datenmanagement im Gesundheitswesen ist. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern einiges nachzuholen. Der Running Gag „Faxt ein Arzt ans Gesundheitsamt“ ist schon lange nicht mehr lustig.

Die Digitalisierungsprojekte im Gesundheitswesen sind eine besonders harte Nuss. Lauterbachs Vorgänger Jens Spahn hat auf diesem Gebiet einiges vorangebracht. Allerdings hat Spahn dafür enormen Zeitdruck aufgebaut und sogar eine Institution geschaffen, die in dieser Form ein Novum ist: den Health Innovation Hub (HIH). Der Hub ist keine normale Behörde, mehr eine dem Gesundheitsministerium vorgelagerte Organisations- und Kommunikationsstelle. Sie übernimmt unter anderem die nervenaufreibende Abstimmung mit Krankenkassen, Dienstleistern und Anwendern bei einzelnen Digitalprojekten.

Dass Digitalisierung so schwierig ist, hat auch mit der Struktur des Gesundheitswesens zu tun. Es verwaltet sich nämlich selbst. Bundesgesundheitsminister können ihre Vorstellungen nicht einfach dem System überstülpen. Sie können zum Beispiel nicht einfach verfügen, dass bestimmte medizinische Leistungen von den Kassen bezahlt werden müssen (Spahn hatte das 2019 mit Fettabsaugungen bei Fettverteilungsstörungen versucht und sich Ärger eingehandelt). Die Wirksamkeit der Medizinverfahren

muss von unabhängigen Gremien festgestellt werden und hängt von der Studienlage ab. Die Selbstverwaltung ist unabhängig, stellt die Infrastruktur für viele Abläufe selbst und findet oft nur schwer zu einer Einigung, wenn dafür einzelne Berufsgruppen oder Gesellschaften auf Privilegien verzichten müssten. Traditionell ist der Widerstand der Ärzteschaft groß, wenn andere Gesundheitsberufe mehr selbst entscheiden wollen. Es gibt zum Beispiel schon lange Streit darüber, dass Physiotherapeut:innen selbst festlegen wollen, wie sie die Patient:innen behandeln (die Koalition will ihn jetzt endlich beilegen).

Anmerkung

Ärztenschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen und Apotheken verhandeln im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) darüber, welche medizinischen Leistungen anerkannt werden, also von den Krankenkassen bezahlt werden können. Leider haben Patient:innen, Pflege- und Therapieberufe bisher kein Mitspracherecht in diesem mächtigen Gremium. Das soll sich laut Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung zum Teil ändern. Pflege und Therapeuten sollen mitentscheiden, wenn sie selbst betroffen sind. Patient:innen können so wie bisher auch mitsprechen, aber nicht mitentscheiden.

Dazu kommt noch ein weiterer Knackpunkt: Digitalisierung bedeutet auch, der Digitalindustrie Zugang zum Gesundheitswesen zu gewähren, zum Beispiel bei der Verwaltungssoftware für Arztpraxen oder Krankenhäuser. Hier zeigt sich, wie auch beim Krankenhauswesen allgemein (siehe harte Nuss Nummer 4), wie wichtig es ist, dass sich Bund, Länder und Gemeinden weder aus der Verantwortung ziehen, noch zerstreiten.

Lauterbach hat die schwierige Aufgabe, bei der Digitalisierung die Richtung vorzugeben und gleichzeitig die Interessen der vielen Beteiligten auszubalancieren.

Anmerkung

Wenn Lauterbach wirklich sein Versprechen einhalten will und evidenzbasierte Politik machen möchte, kommt er nicht daran vorbei, die Digitalisierungsprojekte von unabhängigen Stellen evaluieren zu lassen. Wie wichtig das ist, zeigt sich am Beispiel der digitalen Gesundheits-Apps. Ob Apps, die vom Arzt verschrieben werden können, wirklich einen medizinischen Nutzen haben, ist oft nicht ganz klar. Das kann für die Krankenkassen sehr teuer und für die Patient:innen eine Mogeelpackung werden.

Harte Nuss Nummer 3

Zukunft der Gesundheitsberufe

Alle Gesundheitsberufe, allen voran die Pflege, haben ein echtes Problem: Ihnen fehlt das Mitsprache- und Entscheidungsrecht, wenn es um ihre Belange geht. Kein Wunder also, dass sie bei den zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen 30 Jahre ziemlich unter die Räder kamen. Physio- und Ergotherapeut:innen, Podolog:innen, Hebammen und Pflegefachleute – alle leiden unter einem schlechten Image, Unterbezahlung und Fachkräftemangel.

Verglichen mit anderen Ländern ist der Ausbildungsstandard für diese Berufe in Deutschland schlecht. In den USA kann man zum Beispiel mit einem deutschen Therapieexamen nach einer Fachschulausbildung nur als Assistent:in arbeiten, also nicht eigenverantwortlich Therapien planen und durchführen. Dasselbe gilt für das Pflegeexamen. Alle Expert:innen sind sich einig, dass die Ausbildung in Deutschland akademisiert werden muss, weil Pfleger:innen oder Ergotherapeut:innen ein wichtiger Teil des medizinischen Teams sind. Um gute Medizin zu machen, müssen sie auf Augenhöhe mit Ärzt:innen arbeiten.

Die Koalition will die Annäherung an internationale Standards. Die Gesundheitsberufe sollen eigenverantwortlicher arbeiten. Damit das gelingt, muss Lauterbach aber einen Konsens mit denen erreichen, die durch diese Änderung Macht verlieren: den Ständevertretungen der Ärzteschaft (Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen). Dafür braucht der Arzt Lauterbach einerseits einen Vertrauensvorschuss aus den Gesundheitsberufen, andererseits ein gutes Händchen bei seinen Berufskolleg:innen.

Und: Er muss vielleicht in die Tarifautonomie eingreifen, wenn es hart auf hart kommt. Denn Arbeitgeber im Gesundheitswesen wollen nur Geld für Dinge ausgeben, für die sie von den Krankenkassen auch bezahlt werden. Oft sind die Leistungen der Gesundheitsberufe hier aber gar nicht ausreichend berücksichtigt. Diese beiden Interessen muss Lauterbach also zusammenbringen.



Harte Nuss Nummer 4

Krankenhausmanagement

In deutschen Krankenhäusern wird gleichzeitig zu viel behandelt, falsch und zu wenig. Das stellen Krankenkassen immer wieder fest, wenn sie die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser analysieren. Trotzdem ist auch richtig: Krankenhäuser machen Spitzenmedizin. Für Patient:innen ist aber nicht immer leicht zu beurteilen, ob die Behandlung wirklich nötig ist. Das liegt natürlich daran, dass Patient:innen medizinisches Fachwissen fehlt, aber auch an dem sehr speziellen Abrechnungsmodus für medizinische Leistungen: den DRGs (Diagnosed Related Groups). Jede Leistung hat einen pauschalen Preis.

Lauterbach war starker Befürworter der DRGs, er hat an ihrer Einführung mitgearbeitet. Expert:innen sind sich einig, dass die DRGs reformiert werden müssen. Doch statt sie abzuschaffen, plant die Ampel-Koalition eine Ausweitung dieses Prinzips auf den ambulanten Bereich. Sogenannte Hybrid-DRGs sollen helfen, Behandlungen, die nicht zwingend im Krankenhaus stattfinden müssen, in teilambulante Versorgungszentren zu verlagern. In diesen Zentren sollen Fachärzt:innen und andere Gesundheitsprofis aus unterschiedlichen Medizindisziplinen zusammenarbeiten. Außerdem sollen diese Zentren mit Hausarztpraxen und den Kommunen vernetzt werden. Denn die Kommunen sollen in Zukunft stärker verantwortlich sein für die Gesundheitsversorgung ihrer Bürger:innen.

Im Klartext heißt das: Die Koalition will, dass die Krankenkassen weniger Geld für teure Krankenhausaufenthalte bezahlen müssen. Stattdessen sollen Länder und Kommunen mehr Geld aus Steuermitteln für basale Gesundheitsversorgung ausgeben, unterstützt durch die Krankenkassen. Ein wichtiges Stichwort dafür heißt: Steuerung der Patientenströme. Die Frage, die dahinter steht: Wie kann eine solche Umstrukturierung und damit eine effizientere und kostensparendere Medizin gelingen, ohne dass die Qualität leidet? Lauterbach muss sich mit mächtigen Krankenhauskonzernen, Vertretern von Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen sowie den Krankenkassen und Kommunen darüber verständigen, wer von wem wofür wie viel Geld bekommt. Wenn er sich selbst treu bleibt, könnte es damit enden, dass er sich gekonnt zwischen alle Stühle setzt, anstatt alle an einen Tisch zu holen, um einen Kompromiss auszuhandeln.

Harte Nuss Nummer 5

Niemand will höhere Krankenkassenbeiträge

Die Honorarstruktur fördert unnötige Behandlungen. Das ist teuer für die Krankenkassen und damit auch teuer für Beitragszahler:innen (Versicherte und Arbeitgeber). Die SPD hatte ursprünglich mal vor, die Summe derer, die Beiträge zahlen, zu erhöhen, indem sie die vielen Ausnahmen für Beamte und Gutverdiener abschafft. Das hätte das Ende der privaten Krankenversicherungen bedeutet. Diese Bürgerversicherung wird in den nächsten vier Jahren nicht kommen. Sie steht nicht im Koalitionsvertrag.

Stattdessen steht dort, dass der Bund den Krankenkassen mehr Geld aus Steuermitteln zur Verfügung stellen will. Damit soll verhindert werden, dass die Krankenkassenbeiträge steigen. Doch die Pandemie ist wahnsinnig teuer. Die Krankenkassen haben viel Geld ins System gepumpt, zum Beispiel, damit Krankenhäuser genug Betten für Covid-Patient:innen freihalten konnten.

Lauterbach wird mit einem bereits jahrelang bestehenden und durch die Pandemie noch gewachsenem Ungleichgewicht zu kämpfen haben. Alle wollen Spitzenmedizin, niemand will dafür bezahlen. Doch das Problem ist riesig: Weil es immer mehr ältere Menschen in Deutschland gibt, braucht das Gesundheitswesen fortlaufend mehr Geld.

Fazit

Lauterbach braucht Unterstützung

Alle, die im Gesundheitswesen etwas ändern wollen, müssen sich auf Gegenwind einstellen. Alle Beteiligten haben Interessen und werden sie mit Zähnen und Klauen verteidigen. Das zeigt die Erfahrung aus allen Gesundheitsreformen.

Wenn zum Beispiel die Ärzteschaft zustimmen würde, dass Hebammen die Leitung der Kreißsäle übernehmen (wie im Koalitionsvertrag vorgesehen), bedeutete das einen Verlust von Geld und Macht für die Ärzte. Wenn Pflegefachkräfte mitimpfen dürften, bedeutete das, dass sie auch rechtlich verantwortlich gemacht werden könnten, wenn beim Impfen etwas schiefgeht. Wenn mehr Operationen ambulant gemacht werden würden, verdienten Krankenhäuser weniger und könnten vermutlich Ärzt:innen

und Pflegefachleuten weniger bezahlen. Oder es gingen mehr Krankenhäuser pleite. Ambulante Ärzt:innen und medizinische Angestellte könnten dann wiederum mehr verdienen und die Gesundheitsversorgung würde so auch bürgernäher werden.

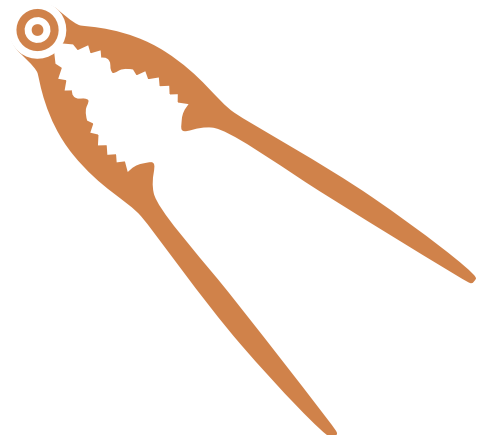
Man muss keine Prophetin sein, um zu ahnen, welche Kämpfe die Änderungen nach sich ziehen, die der Koalitionsvertrag vorsieht. Lauterbach weiß viel über die Probleme des Gesundheitswesens. Aber Wissen ist in diesem Fall nicht unbedingt Macht. Und garantiert auch nicht den Erfolg.

Wenn Lauterbachs Bilanz am Ende erfolgreich sein soll, muss er Tacheles reden und Angebote machen. Kurz: Er muss weniger Wissenschaftler und mehr Politiker sein. Er muss Kompromisse organisieren, Deals machen.

Dafür braucht er Unterstützung von denen, die er in den Talkshows gerne kritisiert hat. Er muss aufhören zu warnen und anfangen, uns (potenziellen) Patient:innen zu erklären, warum mehr Eigenverantwortung nötig werden wird, wenn es bezahlbar bleiben soll. Den Gesundheitsprofis muss er erklären, warum sie liebgezwonnene Privilegien abgeben sollen. Und die Gesundheitswirtschaft wird mit neuen Produkten noch seltener Wunschpreise erzielen können.

Lauterbachs Erklärtaent könnte ihm dabei helfen, wirklich erfolgreiche Gesundheitspolitik zu machen. Doch Erfolge basieren nicht allein auf Talenten. Das gilt auch und vor allem für die Politik. ■

Der Text erschien zuerst am 14. Dezember 2021 beim Onlinemagazin <https://krautreporter.de>



Jetzt anmelden | buchner.academy

OS Online-Seminare

Ausgeprägt und dynamisch

Thema	Euro*	Teil 1	Teil 2
Heilmittel richtig (extrabudgetär) verordnen lassen	249,00**	04.02.2022	---
Erfolgreich an der Rezeption	249,00**	15.02.2022	22.02.2022
Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	249,00**	16.02.2022	---
Privatpreise ohne Diskussion	249,00**	17.02.2022	---
Mitarbeiterbindung und Teambuilding	249,00**	21.02.2022	28.02.2022

WB Webinare

Kurz und kompakt (90 Minuten)

Thema	Euro*	Teil 1
Selbst abrechnen	59,00	08.02.2022
Liquidität: Überblick über Geldfluss in der Praxis	59,00	22.02.2022
5 Tipps damit die Arztkommunikation klappt	59,00	24.02.2022



Anmeldung unter:

www.buchner.de/academy oder

Telefon 0800 94 77 360

* Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.

Ermäßigt Euro 209**

gilt 1 x mtl. für alle Abonnenten der Service-Pakete
(up|abo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket)



Ein Formular mit 21 Stolperfallen | Heilm

Der GKV-Spitzenverband hat sich mit der KBV auf ein einheitliches Verordnungsfeld für die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln geeinigt (Muster 13). Für dieses Formular gibt es genau eine vereinbarte Ausfüllanleitung für die Ärzte. Wie jedoch die Heilmittel-Leistungserbringer mit diesem Formular umgehen sollen, wird in fünf verschiedenen berufsspezifischen Verträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den jeweiligen Heilmittelverbänden vereinbart.

Dazu wird in den Versorgungsverträgen selbst und in Anlage 3(a) zu den Versorgungsverträgen sehr detailliert die Gültigkeit/Korrektur/Nutzung von Muster 13 geregelt. Bei einem Vergleich der verschiedenen Verträge wird schnell deutlich, dass es überraschenderweise eine Fülle von Unterschieden beim Umgang mit Muster 13 gibt. Insgesamt 21 Punkte, die sich nicht durch berufsspezifische Notwendigkeit erklären lassen.

1 Gültigkeit einer Verordnung

2 Allgemeine Rahmenbedingungen

3 Personalfeld

4 Ausstellungsdatum

5 Zuzahlungs-Inkasso

6 Zuzahlungs-Exkasso

7 Diagnosegruppe

8 Leitsymptomatik

9 Heilmittel

10 Behandlungseinheiten

11 Ergänzendes Heilmittel

12 Frequenz

13 Hausbesuch

14 Hausbesuchspflicht

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie

Podologische Therapie

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Ergotherapie

Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe **Leitsymptomatik** a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
9 Heilmittel	10 Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel	
11 Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht Hausbesuch ja nein **Therapiefrequenz** **12** Frequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen **13** Hausbesuch

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

14 Hausbesuchspflicht

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)



Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

15 Behandlungsdatum

17 Initialen des Leistungserbringers

16 Maßnahme

18 Unterschrift

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

19 Abrechnungsdaten

IK des Leistungserbringers Belegnummer

20 Behandlungsabbruch

Behandlung mit dem Arzt

T T M M J J

Abweichung von der Frequenz

21 Abrechnungsfrequenz

Änderung in Gruppen-therapie Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Die 21 Stolperfallen

Banale Dinge verschieden geregelt

Kein Spaß für interdisziplinäre Praxen

Interdisziplinäre Praxen sind auf dem Vormarsch, weil es medizinisch/therapeutisch für die jeweiligen Patienten (z. B. Kinder oder Patienten mit Schlaganfall) von großem Vorteil ist, wenn die behandelnden Therapeuten einen gemeinsamen, abgestimmten Behandlungsplan haben. Wie ärgerlich es da doch ist, dass die verschiedenen Berufsgruppen in einer Praxis jetzt aufgrund vieler unterschiedlicher Regeln in den Versorgungsverträgen viel mehr Aufwand haben, als es notwendig ist. Wenn Unterschiede dabei helfen würden, die Versorgung der Patienten zu verbessern, könnte man das noch akzeptieren, aber die meisten Unterschiede sind rein bürokratischer Natur.

Beispiel: Behandlungsbestätigung durch Kinder

Die Frage, wann ein Kind eine Leistungserbringung quittieren darf, ist schon seit Jahren ein strittiges Thema zwischen Krankenkassen und Heilmittelpraxen. Das war bisher zwar nicht ausdrücklich in den Versorgungsverträgen geregelt, aber man konnte sich an § 110 BGB orientieren, dem sogenannten Taschengeldparagrafen, der regelt, dass Kinder ab dem vollendeten siebten Lebensjahr beschränkt geschäftsfähig sind. Diese Regel haben sich jetzt GKV-Spitzenverband und die Logopäden vernünftigerweise zu eigenen gemacht und in den bundeseinheitlichen Versorgungsvertrag für die Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie so übernommen.

Kinder, die Physio- oder Ergotherapie bekommen, müssen nach Ansicht der Vertragspartner allerdings älter sein, um den Erhalt von Behandlungen quittieren zu können. Im neuen Versorgungsvertrag Physiotherapie und im Vertrag der Ergotherapeuten ist vereinbart, dass man dazu mindestens zehn Jahre alt sein muss, sonst wird das die Kasse nicht akzeptieren. Hier reicht die beschränkte Geschäftsfähigkeit des BGB also offensichtlich nicht aus.

Es sei denn, das Kind unterschreibt in einer ergotherapeutischen Praxis, denn dort gibt es eine Ausnahme zu dieser Regel, die besagt, dass Behandlungsbestätigungen von Kindern, die schon vor dem vollendeten 10. Lebensjahr unterschrieben haben, von den Kassen akzeptiert werden, wenn ein Elternteil diese Unterschriften einmalig je Verordnung bestätigt.

Fazit: Die Kassen und Verbände haben hier unterschiedliche Lösungen verhandelt, die eigentlich gar keiner Verhandlung bedürfen, weil man der Einfachheit halber auf die Regeln des BGB zurückgreifen könnte.

1

Gültigkeit einer Verordnung

Jede Berufsgruppen hat unterschiedliche Regeln, die die Gültigkeit einer VO bestimmen.

2

Allgemeine Rahmenbedingungen für Korrekturen

Logopäden und Podologen müssen für Korrekturen nach erfolgter Abrechnung 40 Euro je VO bezahlen, alle anderen Berufe nicht.

3

Personalienfeld

Physios dürfen im Personalienfeld mehr ändern/ergänzen als Logos, Ergos und Podos, Ernährungstherapeuten dürfen nichts.

4

Ausstellungsdatum

Ergotherapeutische Folgeverordnungen können unter bestimmten Umständen auch über die 28 Kalendertage hinaus die Gültigkeit behalten. Alle anderen nicht.

5

Zuzahlungs-Inkasso

Physios und Ergos sind verpflichtet vor der Behandlung schriftlich auf die Zuzahlungspflicht und die Möglichkeit des Exkassos hinzuweisen, alle anderen nicht.

6

Zuzahlungs-Exkasso

Zuzahlungen müssen zurückerstattet werden von Ergo, Podo und Ernährungstherapeuten und ausgestellte Quittung werden geändert oder ausgetauscht. Ebenso bei Physios, hier muss die alte Quittung eingezogen werden und eine neue erstellt werden. Logos müssen nur nach Aufforderung durch Patienten erstatten und Änderung auf der Originalquittung vermerken.

7

Diagnosegruppe

Logopäden und Ernährungstherapeuten dürfen nach erfolgter Abrechnung nicht mehr korrigieren, alle anderen schon.

8**Leitsymptomatik**

Physios müssen Änderungen auf der Vorderseite mit dem Kürzel LE versehen, Ernährungstherapeuten dürfen nach erfolgter Abrechnung nichts mehr korrigieren.

9**Heilmittel**

Ergänzende Angaben zum Heilmittel korrigieren Physios auf der Vorderseite der VO mit Kürzel LE, Logopäden, Podos und Ernährungstherapeuten ändern auf der Rückseite der VO, Ergotherapeuten können ändern oder sogar ergänzen auf der Rückseite der VO. Logos können dies auch nach erfolgter Abrechnung noch ändern.

10**Behandlungseinheiten**

Physios und Ernährungstherapeuten können nach der Abrechnung nichts mehr ändern, alle anderen schon.

11**Ergänzendes Heilmittel**

Logos können im Einvernehmen mit dem Arzt selbst ändern, Physios und Ergos nur mit Arztunterschrift. Logos können auch noch nach erfolgter Abrechnung korrigieren.

12**Frequenz**

Alle korrigieren die Frequenz auf der Rückseite, nur die Ergotherapeuten auf der Vorderseite. Physios können nach erfolgter Abrechnung nicht mehr korrigieren, alle anderen Berufe schon.

13**Hausbesuch**

Physios dürfen nach erfolgter Abrechnung korrigieren, alle anderen nicht, bei den Ergos gilt eine Korrektur nur ab Korrekturdatum.

14**Hausbesuchspflicht**

Die Pflicht, einen Hausbesuch zu übernehmen hängt von der Entfernung zum Patienten ab. Da gibt es mit dem „üblichen Praxisbereich“, 25, 10, oder 5 Kilometer vier verschiedene Entfernungen in fünf Verträgen.

15**Bestätigungsfeld: Behandlungsdatum**

Fehlen bei Physios und Logos die Unterbrechnungskürzel FKT, ist das unproblematisch, bei allen anderen müssen die Kürzel eingetragen werden.

16**Bestätigungsfeld: Maßnahme**

Korrekturmöglichkeiten nach erfolgter Abrechnung sind je Berufsgruppe unterschiedliche und bei Ernährungstherapie gar nicht möglich.

17**Bestätigungsfeld: Initiale des Leistungserbringers**

Logos, Podos, Ernährungstherapeuten müssen die Initialen des Behandlers eintragen, Physio und Ergos nicht.

18**Bestätigungsfeld: Unterschrift**

Bei Logos dürfen Kinder ab 8 unterschreiben, bei Physios, Podologen und Ernährungstherapeuten ab 11, bei Ergos ab 10 oder früher, wenn Eltern einmal je VO gegenzeichnen.

19**Abrechnungsdaten**

Ernährungstherapeuten dürfen nach erfolgter Abrechnung nichts korrigieren, alle anderen Berufe schon.

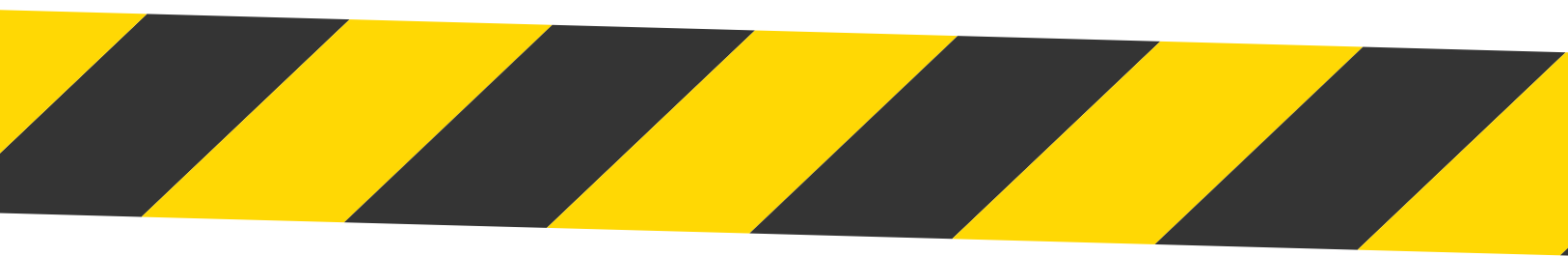
20**Behandlungsabbruch**

Behandlungsabbrüche müssen bei Physio, Logo und Ernährung begründet werden, bei den beiden anderen Berufen nicht.

21**Abrechnungsfrequenz**

Logopäden und Ernährungstherapeuten dürfen einmal, Ergotherapeuten und Podologen dürfen zweimal und Physiotherapeuten dürfen dreimal je Monat abrechnen.

Dauerbaustelle Versorgungsverträge



Die richtig gute Nachricht vorweg: Es gibt seit Anfang 2022 nur noch fünf Verträge, die die Einbindung von Heilmittelerbringern in die GKV-Versorgung regeln. Das ist deutlich besser als früher, als es viele, sehr viele Verträge auf Landesebene und je Kassenart gab. Die richtig schlechte Nachricht: Die Zielsetzung des Gesetzgebungsverfahrens (TSVG) wurde nicht erreicht, jedenfalls nicht bei der Neuverhandlung der Versorgungsverträge zwischen GKV-Spitzenverband und den Heilmittelverbänden.

The screenshot shows the 'GKV-Heilmittel-Informationsportal' website. The main heading is 'Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V'. Below this, there is a text block stating: 'Der GKV-Spitzenverband schließt gemäß § 125 Abs. 1 SGB V mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der ... auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über ...'. Below the text, there is a list of therapy areas with expandable options (indicated by a '+' sign):

Ernährungstherapie	+
Physiotherapie	+
Podologie	+
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	+

Dabei waren die Voraussetzungen gar nicht so schlecht. Der G-BA hat die Heilmittel-Richtlinie rechtzeitig an die Vorgaben des Gesetzgebers angepasst, KBV und GKV-Spitzenverband haben die verschiedenen Verordnungsformulare auf ein einheitliches „Muster 13“ reduziert. Es war also alles bereit für die Reduzierung des bürokratischen Aufwands und mehr Transparenz. In diesem Themenschwerpunkt erhalten Sie einen berufsgruppenübergreifenden Überblick, was bei den Verhandlungen herausgekommen ist – und was nicht.

Wer immer das Gleiche verhandelt, ändert nichts

Verpasste Ziele, gerissene Fristen,
laufende Verfahren



2017/2018 war die Aufbruchsstimmung unter Therapeuten noch groß: Demos, Kreideaktionen auf der Straße und eine Fahrradtour nach Berlin, neue Verbände und Organisationen, Empörung in Social Media-Gruppen und das Kapern von Ministersprechstunden hatten für einen gesetzlichen Neustart über das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) gesorgt. Und jetzt, nach vier, davon zwei Pandemie-Jahren ist von der Hoffnung auf wirkliche Veränderung nicht viel in die Versorgungsverträge mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinübergerettet worden. Hier einmal eine Bestandsaufnahme.

Früher wurden auf Bundesebene sogenannte Rahmenempfehlungen zwischen GKV-Spitzenverband und Heilmittelverbänden vereinbart, die dann regional zwischen Heilmittelverbänden und den Kassen auf Landesebene in Rahmenverträgen umgesetzt wurden. Diese Rahmenverträge unterschieden sich sowohl nach Kassenart, als auch nach Berufsgruppe. Im Ergebnis gab es mehr als 100 Rahmenverträge in ganz Deutschland mit ebenso vielen unterschiedlichen Regeln und Preislisten.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde unter dem früheren Bundesgesundheitsminister Jens Spahn diesem überbordenden Bürokratismus durch eine grundlegende Reform der Vertragssystematik zwischen der GKV und den Heilmittelverbänden ein Ende gesetzt. Zum 1. Juli 2019 wurden bundeseinheitliche Preise eingeführt, dann sollten bundeseinheitliche Verträge je Berufsgruppe zwischen GKV-Spitzenverband und den jeweiligen Heilmittelverbänden auf Bundesebene vereinbart werden.

Nach wie vor viele Unstimmigkeiten bei den Verträgen

Während die Umsetzung der bundeseinheitlichen Preise zum 1. Juli 2019 reibungslos geklappt hat, ist das Thema bundeseinheitliche Verträge auch zu Beginn des Jahres 2022 noch immer nicht abgeschlos-

sen. Die Podologen waren die einzige Berufsgruppe, die zum 1. Januar 2021 einen verhandelten Vertrag in Kraft treten lassen konnten. Die Logopäden trafen sich vor der Schiedsstelle. Drei Verbände und der GKV-Spitzenverband überstimmten schließlich den einzigen Verband, der ausschließlich Praxisinhaber vertritt. Der Vertrag trat dann am 16. März 2021 in Kraft. Die Physiotherapeuten benötigten zwei Schiedsstellen-Anläufe, um dann am 1. August 2021 einen Vertrag in Kraft treten zu lassen, der bei der Leistungsbeschreibung immer noch strittig ist und mittlerweile vor Gericht angefochten wird. Seit 16. Oktober gilt der Versorgungsvertrag der Ernährungstherapeuten, auch hier ist noch das Thema Vergütung in der rechtlichen Klärung.

Die Ergotherapeuten sind schon vor dem inzwischen veröffentlichten Schiedsspruch ihres Vertrages vor dem Sozialgericht gelandet, weil sie die Unabhängigkeit der unabhängigen Schiedspersonen und die Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben durch die Schiedsstelle grundsätzlich in Frage stellen. Der Ergo-Vertrag ist am 1. Januar 2022 damit als letzter offener Vertrag in Kraft getreten, die rechtliche Klärung über die rechtskonforme Arbeit der Schiedsstelle dauert dagegen für drei Berufe weiter an. Man darf gespannt sein, denn die Schiedsstelle hat objektiv nachvollziehbar mehrfach gesetzlich vorgegebene Termine/Aufgaben nicht beachtet.

Fristen wurden reihenweise gerissen

Dabei hat das TSVG sehr genau Termine vorgegeben, zu dem die Schiedsstelle besetzt sein und die Versorgungsverträge geschlossen sein sollten. Praktisch alle Termine wurden um Monate und Jahre überschritten. Und das, obwohl Pandemie-geschuldet Termine bereits um viele Monate verlängert wurden. Zum Jahresbeginn 2022 hätte eigentlich ein Schiedsspruch zur Blankoverordnung veröffentlicht werden müssen, so jedenfalls steht es ausdrücklich in § 125a Abs. 3 SGBV. Aber das ist bislang nicht passiert. Die Schieds-

stelle wollte sich dazu auch nicht äußern. Die Podologen haben ja schon angekündigt, ihre Vereinbarung über die Blankoverordnung erst im Mai 2022 vorlegen zu wollen. Immerhin schon mal ein erster Schritt, denn alle anderen Berufsgruppen äußern sich eher gar nicht zu diesem Thema.

Nun ist das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Coronazeiten stark belastet, aber man fragt sich schon, warum sich in Berlin niemand darum kümmert, dass Gesetze bzw. Terminvorgaben in den Gesetzen eingehalten werden. Vielleicht hat das damit zu tun, dass es schlicht niemanden interessiert. Heilmittelerbringer sollen sich, so hat es Spahn bei einem Auftritt vor Heilmittelerbringern mal gesagt, doch bitte die von ihm deutlich verbesserten Rahmenbedingungen zu eigen machen und selbst aktiv werden – frei nach dem Motto: Jetzt müsst ihr, die Verbände, mal zeigen, dass ihr verhandeln könnt.

Gestaltungswille? Fehlanzeige!

Betrachten wir einmal die Zeitachse, dann hat das wohl nicht geklappt. Auch was den Zusammenhalt der Verbände untereinander angeht, haben sich einige Berufsgruppen wahrlich nicht mit Ruhm bekleckert. Zu leicht lassen sich die Heilmittel-Berufsgruppen gegeneinander ausspielen und sogar innerhalb der Berufsgruppen schafft man es oft nicht, sich auf klare Ziele zu einigen.

Spahn hatte ein Fenster für Veränderungen der Heilmittelbranche geöffnet und weder der GKV-Spitzenverband noch ein Teil der Heilmittelverbände haben hinausgesehen, geschweige denn, mögliche Veränderungen aktiv vorangetrieben. Die aktuell vor-

liegenden Versorgungsverträge sind ärgerlicherweise nichts weiter als eine Sammelstelle der bisherigen Rahmenverträge auf Landesebene. Aufbau, Struktur und Einseitigkeit der Regelungen entsprechen mal mehr, mal weniger den bisherigen Vereinbarungen. Innovation, Augenhöhe zwischen den Vertragspartnern und Antworten auf die dringendsten Fragen der Heilmittelversorgung sucht man jedoch vergebens.

Der Grund: Die immer gleichen Personen verhandeln die immer gleichen Fragen

Das vielleicht größte Problem der Dauerbaustelle Versorgungsverträge: Dieselben Verhandlungspartner, die schon seit Jahrzehnten um die immer gleichen Themen streiten, machen einfach so weiter wie bisher. Es geht nicht um das große gemeinsame Bild einer besseren Heilmittelversorgung, sondern scheinbar darum, endlich auch eine Befundposition zu bekommen. Es geht wohl nicht darum, wie man Patienten nach Evidence-Based-Practice im ambulanten Kontext angemessen betreuen kann, sondern darum, ob ein Kreuz auf der Verordnung an der richtigen Stelle sitzt. Es geht nicht darum, wie Kassen und Heilmittelerbringer gemeinsam die Unter-, Fehl- und Überversorgung in den Griff bekommen können, sondern wie alt ein Kind sein muss, damit es unterschreiben kann.

Insofern hat Ex-Minister Spahn recht: Wenn die Heilmittelbranche nicht in der Lage ist, die großen, relevanten Themen in Verhandlungen angemessen zu platzieren, dann muss sie sich auch nicht wundern, wenn sie am Formalismus geübter GKV-Verhandler grandios scheitert. Wer immer das Gleiche verhandelt, der ändert auch nichts.

Kriterien für die Bewertung der Vertragsinhalte

Nach welchen Kriterien können Sie Ihren neuen Vertrag beurteilen?

- Der einfachste Weg wäre, die gesetzgeberischen Ziele als Grundlage zu nehmen und zu überprüfen, inwieweit diese in den jeweiligen Verträgen umgesetzt wurden. Dazu haben wir die Zielsetzung des Gesetzgebungsverfahrens rechts für Sie zusammengestellt.
- Andererseits wird man als Praxisinhaber den neuen Vertrag mit seinen alten Verträgen vergleichen und prüfen, welche positiven bzw. negativen Veränderungen sich im Vertrag finden. Hier kommt dem neuen Vertrag zugute, dass die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie Anfang 2021 ohnehin schon viele Verbesserung für Praxen bewirkt hat.
- Eine weitere Möglichkeit den Versorgungsvertrag mit der GKV zu überprüfen, ist der Vergleich mit den Versorgungsverträgen anderer Berufsgruppen aus dem Heilmittelbereich. Gibt es bei anderen Berufsgruppen einfachere und pragmatische Regelung als in dem eigenen Vertrag?
- Und nicht zuletzt könnten Sie sich fragen, inwieweit die Versorgungsverträge mit der GKV dafür sorgen, dass die Qualität der Patientenbehandlung angemessen sichergestellt ist. Denn das ist schließlich der eigentliche Sinn und Zweck dieses Vertrages.

Kernfragen von Praxisinhabern an die neuen Versorgungsverträge

- Sind die Regelungen für mich verständlich?
- Sind die Regelungen zwingend notwendig?
- Sind die Regelungen auf Augenhöhe?
- Entstehen durch die Regelungen Risiken und/oder Probleme für die eigene Praxis?
- Wie groß ist der Umfang des einmaligen und/oder wiederkehrenden Verwaltungsaufwands durch die Regelung?
- Welche Auswirkungen haben die Regelungen auf die Wirtschaftlichkeit meiner Praxis?

Zielsetzungen des Gesetzgebungsverfahrens

Flächendeckende Versorgung der Heilmittelversorgung für GKV-Mitglieder sicherstellen, insbesondere durch:

- Reduzierung des „bürokratischen Aufwands“
- Einbindung der Leistungserbringer in die „Versorgungsverantwortung“
- „Mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen“
- Weniger „Aufwand für Vertragsverhandlungen“
- Konkretisierung des Leistungsumfangs hinsichtlich der „Regelleistungszeit“, inkl. der „Vor- und Nachbereitung“
- Honorare, die einen „wirtschaftlich zu führenden Praxisbetrieb“ ermöglichen, hier die Berücksichtigung der Parameter:
 - „Entwicklung der Personalkosten“
 - „Sachkosten für die Leistungserbringung“
 - „Durchschnittlich laufende Kosten“ für den Praxisbetrieb

[Zitate aus der Begründung zum TSVG siehe Seite 24]



Hintergrund zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Aus der Begründung zum Terminservice-
und Versorgungsgesetz – TSVG (Drucksache
19/8351: tinyurl.com/2p8akrxv)



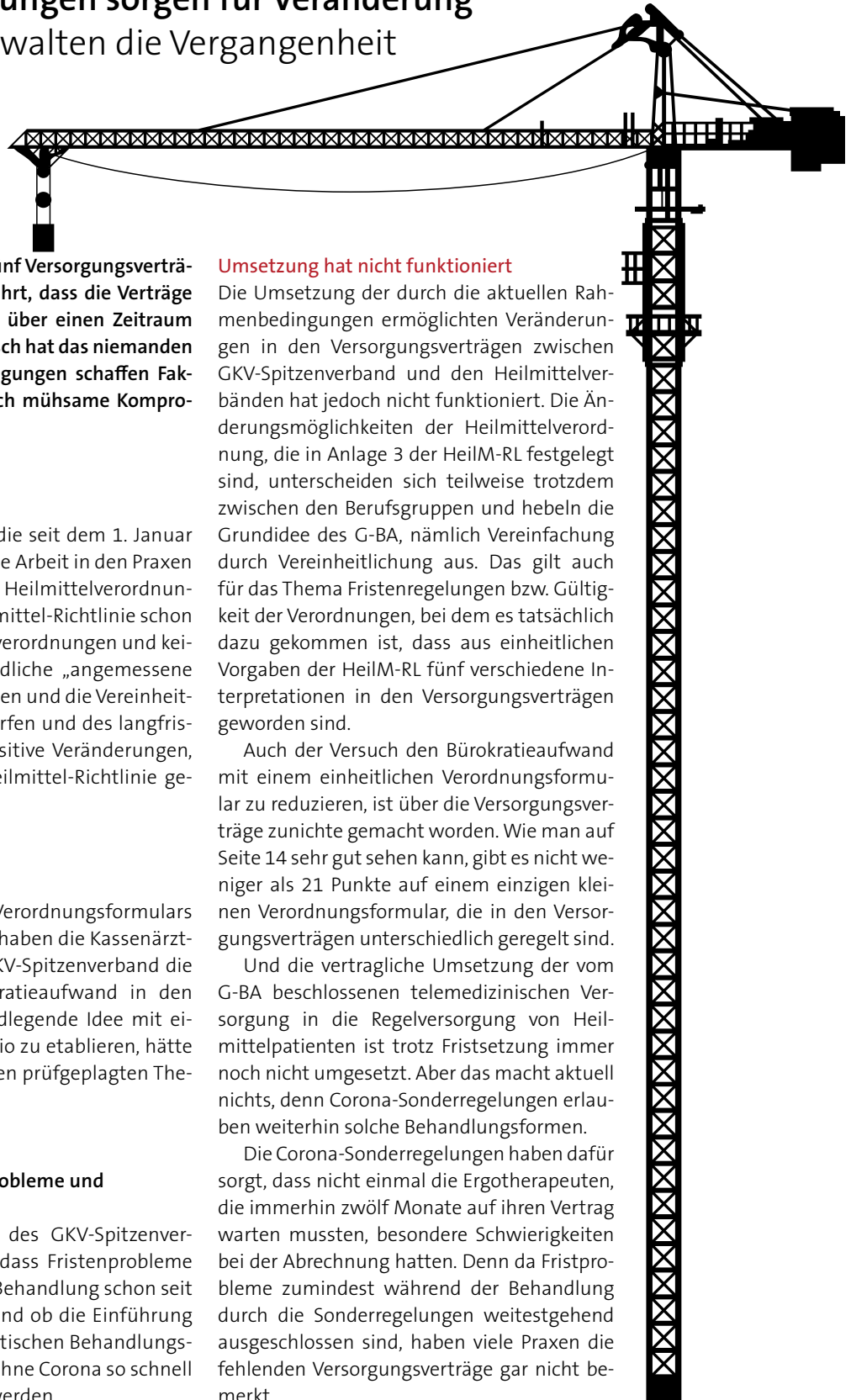
Seite 197 „Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.“

Seite 198 „Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen, so dass für jeden Bereich nur noch ein Vertrag besteht. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen.“

Seite 198 „Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus den erforderlichen Zeiten für die Behandlung des Versicherten sowie für die Vor- und Nachbereitung der Behandlung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen und diese Zeit ausreichend vergütet wird.“

Seite 199 „Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes betreffen und damit deutlich besser die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.“

Aktuelle Rahmenbedingungen sorgen für Veränderung Versorgungsverträge verwalten die Vergangenheit



Die schleppenden Verhandlungen zu den fünf Versorgungsverträgen der Heilmittelberufe haben dazu geführt, dass die Verträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten, verteilt über einen Zeitraum von einem Jahr in Kraft getreten sind. Faktisch hat das niemanden gestört, denn die aktuellen Rahmenbedingungen schaffen Fakten, wo GKV und Heilmittelverbänden noch mühsame Kompromisse formuliert haben.

Rahmen 1

Heilmittel-Richtlinie konkretisiert

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie, die seit dem 1. Januar 2021 gilt, hat viel dazu beigetragen, dass die Arbeit in den Praxen einfacher geworden ist. Wer was auf einer Heilmittelverordnung ändern darf, ist in Anlage drei der Heilmittel-Richtlinie schon lange geregelt. Wegfall der Erst- und Folgeverordnungen und keine Genehmigungsverfahren mehr, verbindliche „angemessene Begründung“ zur Heilung von Fristproblemen und die Vereinheitlichung von besonderen Ordnungsbedarfen und des langfristigen Heilmittelbedarfs, das alles sind positive Veränderungen, die der G-BA über die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie geregelt hat.

Rahmen 2

Nur noch ein Verordnungsformular

Mit der Einführung eines einheitlichen Verordnungsformulars „Muster 13“ für alle fünf Heilmittelberufe haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband die Voraussetzungen geschaffen, den Bürokratieaufwand in den Heilmittelpraxen zu reduzieren. Die grundlegende Idee mit einem Formular ein einheitliches Prüfzenario zu etablieren, hätte sowohl den verordneten Ärzten als auch den prüfgeplagten Therapeuten das Leben erleichtert.

Rahmen 3

Corona-Sonderregeln verhindern Fristenprobleme und beschleunigen Veränderungen

Die Corona-Sonderregeln des G-BA und des GKV-Spitzenverbands haben das ihre dazu beigetragen, dass Fristenprobleme bei Behandlungsbeginn und während der Behandlung schon seit fast zwei Jahren kein Thema mehr sind. Und ob die Einführung von telemedizinischen bzw. videotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Heilmittelbringer auch ohne Corona so schnell gegangen wäre, darf zu Recht bezweifelt werden.

Umsetzung hat nicht funktioniert

Die Umsetzung der durch die aktuellen Rahmenbedingungen ermöglichten Veränderungen in den Versorgungsverträgen zwischen GKV-Spitzenverband und den Heilmittelverbänden hat jedoch nicht funktioniert. Die Änderungsmöglichkeiten der Heilmittelverordnung, die in Anlage 3 der Heilm-RL festgelegt sind, unterscheiden sich teilweise trotzdem zwischen den Berufsgruppen und hebeln die Grundidee des G-BA, nämlich Vereinfachung durch Vereinheitlichung aus. Das gilt auch für das Thema Fristenregelungen bzw. Gültigkeit der Verordnungen, bei dem es tatsächlich dazu gekommen ist, dass aus einheitlichen Vorgaben der Heilm-RL fünf verschiedene Interpretationen in den Versorgungsverträgen geworden sind.

Auch der Versuch den Bürokratieaufwand mit einem einheitlichen Verordnungsformular zu reduzieren, ist über die Versorgungsverträge zunichte gemacht worden. Wie man auf Seite 14 sehr gut sehen kann, gibt es nicht weniger als 21 Punkte auf einem einzigen kleinen Verordnungsformular, die in den Versorgungsverträgen unterschiedlich geregelt sind.

Und die vertragliche Umsetzung der vom G-BA beschlossenen telemedizinischen Versorgung in die Regelversorgung von Heilmittelpatienten ist trotz Fristsetzung immer noch nicht umgesetzt. Aber das macht aktuell nichts, denn Corona-Sonderregelungen erlauben weiterhin solche Behandlungsformen.

Die Corona-Sonderregelungen haben dafür sorgt, dass nicht einmal die Ergotherapeuten, die immerhin zwölf Monate auf ihren Vertrag warten mussten, besondere Schwierigkeiten bei der Abrechnung hatten. Denn da Fristprobleme zumindest während der Behandlung durch die Sonderregelungen weitestgehend ausgeschlossen sind, haben viele Praxen die fehlenden Versorgungsverträge gar nicht bemerkt.

Große und kleine Unterschiede zwischen den Verträgen

Banale Dinge werden in den Berufsgruppen verschieden geregelt



Ein Vergleich zeigt, dass in den Verträgen die Umsetzung derselben Heilmittel-Richtlinie und desselben Verordnungsformulars Muster 13 keineswegs einheitlich gestaltet ist, sondern sich zum Teil deutlich unterscheidet. War das wirklich nötig? Besonders für interdisziplinäre Praxen sind diese unterschiedlichen Regelungen kein Spaß und bringen zusätzlichen bürokratischen Aufwand.

Verschiedene Pflicht-Öffnungszeiten

Das fängt ganz einfach mit den Öffnungszeiten für Praxen an. Wenn **Physio- und Ergotherapeuten** die GKV-Zulassung haben wollen, dann müssen sie an wenigstens drei Tagen mindestens 25 Wochenstunden Behandlungszeit anbieten. **Logopäden** müssen mindestens vier Tage in der Woche öffnen und damit insgesamt 24 Wochenstunden abdecken. Und **Podologen** müssen einfach nur 25 Wochenstunden geöffnet haben. Ernährungstherapeuten haben es einfacher, die müssen lediglich erreichbar sein, dass dann aber dafür an wenigstens vier Tagen für mindestens 30 Stunden

Ist das wichtig? Eher nicht - für die täglich praktische Arbeit sind solche Vorgaben vermutlich irrelevant. Aber es wird alle Praxen dazu zwingen, offizielle Öffnungszeiten zu definieren, ein schlichtes „Termine nach Vereinbarung“ ist in Zukunft ein Vertragsverstoß, wenn man die Regel genau nimmt.

Quittung durch Kinder

Die Behandlungsquittung durch Kinder selbst kann bei **Logopäden** schon ab dem vollendeten siebten Lebensjahr erfolgen. Bei den **Physiotherapeuten** muss man dazu das zehnte Lebensjahr vollendet haben. Das gilt auch für die **Ergotherapie**, aber dort können auch schon jüngere Kinder unterschreiben, wenn die Eltern die Unterschrift bestätigen. Mehr dazu finden Sie übrigens in Heilmittel in Zahlen auf Seite 16.

Ist das wichtig? Die Regelung ist überflüssig, egal mit welchem Alter, denn im BGB ist ziemlich klar im Taschengeldparagrafen geregelt, dass Kinder ab dem siebten Lebensjahr eingeschränkt geschäftsfähig sind. Wenn Kinder aber einkaufen gehen dürfen, warum dann nicht auf eine Heilmittelverordnung unterschreiben? Und warum der Unterschied zwischen Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten?

Übernahme von Hausbesuchen

Ernährungstherapeuten verpflichten sich, Hausbesuche im Praxismkreis mit einem Radius von 25 Kilometern durchzuführen. **Logopäden** brauchen das nur innerhalb eines Radius von zehn Kilometern um ihre Praxis herum, bei **Podologen** beträgt der Radius für die Hausbesuche nur noch fünf Kilometer und bei den **Physiotherapeuten** hat man die Hausbesuchspflicht auf den „üblichen Praxisbereich“ beschränkt. Die Zulassung von reinen „Hausbesuchstherapeuten“ darf bei den **Logopäden, Podologen und Ernährungstherapeuten** die Anzahl der in der Praxis zugelassenen Therapeuten nicht überschreiten. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für **Physio- und Ergotherapeuten**.

Ist das wichtig? Die Verpflichtung zur Übernahme von Hausbesuchen ist eher theoretisch, denn wer keine freien Kapazitäten hat, muss auch nicht zum Hausbesuch. Auffällig ist die sehr offene Regelung bei den Physio- und Ergotherapeuten, hier ist viel Luft für reine Hausbesuchsketten, da fragt man sich schon, ob die Regelung wirklich im Sinne der aktuell überwiegenden Einzelpraxen ist. Alle anderen Berufe haben vermutlich gute Gründe gehabt, solche Möglichkeiten zum „Abschöpfen“ finanziell lukrativer, geriatrischer Patienten zu verhindern.

Aufbewahrungspflichten

Warum **Logopäden** ihre Verlaufsdocumentation drei Jahre, **Ergotherapeuten** vier Jahre, **Physio- und Ernährungstherapeuten** fünf Jahre und **Podologen** lediglich gemäß den Bestimmungen des BGB aufbewahren müssen, bleibt ein Geheimnis der Vertragspartner.

Ist das wichtig? Das hätte man auch vollständig weglassen können, denn es gilt für die Behandlungsdokumentation sowieso die im BGB festgelegte Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren. Interessant könnte es sein, dass die von der GKV geforderte Verlaufsdocumentation scheinbar etwas anderes ist, als die vom BGB vorgeschriebene Behandlungsdokumentation.

Medizinproduktegesetz

Wirklich überraschend ist, dass **Logopäden, Podologen, Ergo- und Ernährungstherapeuten** im Vertrag ausdrücklich auf die Einhaltung einschlägiger Gesetze, z. B. des Medizinproduktegesetz (MPG) verpflichtet werden, bei den **Physiotherapeuten** hingegen solche Verpflichtungen fehlen.

Ist das Wichtig? Im medizinischen Kontext sind solche Verordnungen ohnehin zwingend, allerdings hilft eine ausdrückliche Klarstellung im Vertrag, um die Rahmenbedingungen für alle zugelassenen Leistungserbringer einheitlich zu gestalten.

Abrechnungsintervalle

Die Unterschiede, die von der GKV zwischen den Heilmittelberufen gemacht werden, sind immer wieder überraschend: **Logopäden und Ernährungstherapeuten** dürfen gemäß Vertrag nur einmal im Monat abrechnen, **Podologen und Ergotherapeuten** dürfen zweimal im Monat und die **Physiotherapeuten** dreimal im Monat Rechnungen schreiben.

Ist das wichtig? Das ist vermutlich schwer durch die Kassen kontrollierbar. Was will man machen, wenn eine Logopädin trotzdem zweimal im Monat abrechnet? Zurückschicken macht vermutlich mehr Arbeit, als die Abrechnung durchzuwinken. Und was macht eine Praxis, die sowohl Physiotherapie als auch Logopädie erbringt und abrechnet? Einfach so oft abrechnen, wie man will.

Zusätzliche Baustellen aufgemacht

Neue unsinnige Vertragsregeln für Praxisinhaber

Neue Verträge – also neue Regeln – bringen leider nicht immer Verbesserungen, sondern können auch dazu führen, dass Dinge aufwändiger, unklarer oder riskanter werden. Das kann man anhand der neuen Versorgungsverträgen der GKV und der Heilmittelverbände leider gut illustrieren. Seien Sie also bei einigen Punkten besonders aufmerksam.

1. Kostenpflichtige Veränderungen

Podologen und Logopäden müssen beim Verordnungsscheck besonders aufpassen. Denn sollte sich nach der Abrechnung herausstellen, dass eine Änderung der Verordnung notwendig ist, dann müssen sie pro Verordnung eine Bearbeitungsgebühr von 40 Euro an die Krankenkasse bezahlen. So ist das zwischen GKV und Heilmittelverbänden in Anlage 3(a) des Versorgungsvertrags geregelt. Aber eben nur bei diesen beiden Berufsgruppen. In den entsprechenden Anlagen zu den Versorgungsverträgen der Physio-, Ergo- und Ernährungstherapeuten gibt es keine solche Bearbeitungsgebühr.

Ganz konkret: Dank der Heilmittel-Richtlinie dürfen Heilmittelerbringer sehr viele Änderungen auf den Verordnungen selbst vornehmen. Allerdings haben die Vertragspartner sich auf bestimmte Korrekturzeitpunkte geeinigt. Deswegen unbedingt alles rechtzeitig vor der Abrechnung ändern, sonst darf man es im Nachhinein nicht ändern, oder es wird für Logopäden und Podologen ziemlich teuer.

2. Begründung, oder nicht...?

Eigentlich ist in § 16 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie alles geklärt: Ohne eine angemessene Begründung dürfen Therapeuten bzw. Patienten die Behandlung nicht länger als 14 Tage unterbrechen (Ausnahme: Podologie und Ernährungstherapie). Die begründete



Unterbrechung schreibt der Therapeut auf die Verordnung. Das Nähere dazu sollen GKV und Verbände in den Versorgungsverträgen regeln.

Das haben die Vertragspartner in den Verträgen der Physiotherapeuten und Logopäden gemacht. So wurden in § 7 der Verträge die Unterbrechungskürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) vereinbart, mit denen eine Behandlungsunterbrechung über 14 Tage hinaus ohne Rücksprache hinreichend begründet werden kann.

So weit ist noch alles klar, doch blättert man in die Anlagen 3a der Verträge und wechselt zum „Bestätigungsfeld“ findet man hier den Hinweis „Fehlen die Kürzel („F“, „K“ und „T“), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Abs. 3a/5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.“

Erstaunt reibt man sich als Leser dieser Regelung die Augen und fragt sich, warum man Unterbrechungskürzel dokumentieren soll, wenn das Fehlen eben dieser Kürzel nicht zu einer Absetzung oder Korrekturanforderungen führen soll. Und warum bei den Ergotherapeuten das Fehlen der Kürzel nicht akzeptiert wird.

Ganz konkret: Für Physiotherapeuten und Logopäden gilt bis auf Weiteres, dass die Unterbrechungsfristen überflüssig sind. Wirklich, das gilt auch, wenn mehr als 14 Kalendertage überschritten werden, und wenn das mehrmals pro Verordnung passiert. Das hat ebenfalls Bestand, wenn die Unterbrechung auch mal länger dauert. Aber nicht zu lange, denn es gelten in Zukunft...

3. ... einige neue Fristen

Des Rätsels Lösung liegt vermutlich im Begriff „Laufzeit“ der Verordnung. Kaum ist das Thema Unterbrechungsfristen endlich sauber erledigt, erfinden die Verhandler neue Fristen, die man als Praxis zwingend beachten muss, um kein Geld zu verlieren: die neue, sogenannte Laufzeit einer Verordnung. Eine Verordnung ist nach den neuen Verträgen der Logopäden

und Physiotherapeuten nur für einen bestimmten Zeitraum gültig. Behandelt man über diese (Lauf-)Zeit hinaus, werden alle darüber hinaus erbrachten Leistungen nicht bezahlt.

Die Laufzeit einer Verordnung hängt davon ab, wie viele Behandlungseinheiten vom Arzt verordnet wurden, und ob es sich um eine Physiotherapie- oder Logopädie-Verordnung handelt. Die Laufzeit einer Verordnung fängt in der Logopädie mit dem Ausstellungsdatum an, in der Physiotherapie beginnt die Laufzeit mit dem 1. Behandlungsdatum. Daraus ergeben sich folgende Laufzeiten (Gültigkeitszeiträume):

- **Logopädie** mit bis zu 10 Behandlungen, Gültigkeit = Ausstellungsdatum + 7 Monate
- **Logopädie** mit mehr als 10 Behandlungen, Gültigkeit = Ausstellungsdatum + 9 Monate
- **Physiotherapie** mit bis zu 6 Behandlungen, Gültigkeit = 1. Behandlungstermin + 3 Monate
- **Physiotherapie** mit mehr als 6 Behandlungen, Gültigkeit = 1. Behandlungstermin + 6 Monate

Die neuen Laufzeiten gelten ausdrücklich auch für Verordnungen, die als besonderer Verordnungsbedarf (BVB) oder langfristiger Heilmittelbedarf (LHB) gekennzeichnet sind und deshalb mit einer Behandlungsmenge für zwölf Wochen verordnet wurden. Braucht man hier länger als zwölf Wochen, ist das erlaubt, solange man sich an die Laufzeit und alle anderen Formalien hält.

Und die armen Ergotherapeuten werden ab sofort zählen müssen, denn hier gilt zusätzlich zu der verpflichtenden Angabe eines Unterbrechungskürzels, dass man je Verordnung maximal 70 Tage unterbrechen darf. Dabei werden aber nur die Unterbrechungen gezählt, die über die möglichen 14 Kalendertage hinaus gehen. Wenn Sie das kompliziert finden, dann haben Sie recht!

Ganz konkret: Die Laufzeiten der verschiedenen Verordnungen müssen zukünftig unbedingt beachtet

werden. Wer Behandlungen erbringt, die außerhalb der Gültigkeit/Laufzeit der Verordnung liegen, der wird dafür kein Honorar erhalten. Und Ergotherapeuten müssen die Unterbrechungstage zählen, denn wer die Anzahl überschreitet, wird danach ebenfalls kein Honorar erhalten.

4. Geldeintreiber der GKV

Zuzahlungen in der Heilmittelpraxis sind schon seit Jahrzehnten umstritten und gehören seit langem abgeschafft. Genau das Gegenteil ist mit den neuen Versorgungsverträgen ausgehandelt worden. In den alten Rahmenverträgen war nur der Einzug (Inkasso) der Zuzahlung geregelt, weil es dafür eine gesetzliche Grundlage gibt. In den neuen Versorgungsverträgen ist jetzt aber nicht nur das gesetzlich vorgeschriebene Inkasso geregelt, sondern die Verbände haben sich auf eine Auszahlungspflicht (Exkasso) eingelassen, die deutlich über den gesetzlich vorgesehen Rahmen hinausgeht.

Und mal davon abgesehen, dass solche Zusatzaufgaben für eine zusätzliche, unnötige Bürokratie in den Praxen sorgen, sind die vertraglichen Vereinbarungen handwerklich so schlecht gemacht, dass man als Praxisinhaber praktisch nichts richtig machen kann. Bei den Physiotherapeuten heißt es im Vertrag, dass der Patient auf die Zuzahlungspflicht und die Fälligkeit vor der ersten Behandlung hinzuweisen ist. Außerdem muss die Quittung auf den Erstattungsanspruch bei zu viel entrichteter Zuzahlung hinzuweisen. Zu viel eingezogene Zuzahlungen (z. B. bei vorzeitigem Behandlungsabbruch) sind an den Versicherten zurückzuerstatten. Dazu soll der Versicherte seine ursprünglich ausgestellte Quittung zurückgeben und bekommt dann eine neue.

Logopäden sollen zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Rechnerkürzungen) zurückerstatten – aber nur auf Anforderung des Versicherten. Die Erstattung sollen Therapeuten auf der vom Versicherten wieder vorzulegenden Originalquittung vermerken.

Ergotherapeuten müssen „die Versicherten vor Beginn der Behandlung schriftlich über die Zuzahlungspflicht, über die Fälligkeit der Zuzahlung am Tag der

ersten Behandlung und die Möglichkeit der Erstattung bei zu viel gezahlter Zuzahlung aufzuklären,“ heißt es im Vertrag. Zu viel eingezogene Zuzahlungen (z. B. bei vorzeitigem Behandlungsabbruch) müssen an den Versicherten zurückerstattet und das dann auf der ursprünglich ausgestellte Originalquittung vermerkt werden.

Podologen und Ernährungstherapeuten müssen auch Zuzahlungen einziehen und dem Versicherten zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Rechnerkürzungen) zurückerstatten. Die Quittung über die Zuzahlung muss entsprechend geändert oder ausgetauscht werden.

Für Praxisinhaber stellen sich hier eine ganze Reihe organisatorischer und rechtlicher Fragen:

Was passiert beim Zuzahlungs-Exkasso eigentlich, wenn der Versicherte seine ursprüngliche Quittung nicht dabei hat? Gibt es dann kein Geld, weil man die Auszahlung ja nicht vertragskonform dokumentieren kann? Und wenn man kein Geld ausgezahlt hat, ist das dann ein Vertragsverstoß?

Zuzahlungsrückzahlung macht bei Patienten, die die letzte Behandlung nicht mehr wahrgenommen haben, als Serviceleistung noch irgendwie Sinn. Doch die Regelung, wonach man bei einer abgesetzten Verordnung seinen Patienten hinterher telefonieren muss, um die eingezogene Zuzahlung zurückzuzahlen ist absurd. Nicht nur, dass man aus formalen Gründen sein Honorar nicht bekommt, man hat als Praxisinhaber auch noch doppelten Verwaltungsaufwand bezüglich der Zuzahlung.

Ganz konkret: Beim Thema Zuzahlung haben GKV und Heilmittelverbände genau das Gegenteil vom ursprünglich formulierten Ziel „Bürokratieabbau!“ erreicht, nämlich mehr unsinnige und aufwändige Regeln. Und das Schlimme daran ist, dass der bürokratische Mehraufwand nicht einmal bezahlt wird. Diese Verschlechterung der Vertragslage bedeutet faktisch, dass die Politik gefragt ist. Wie bei den Zuzahlungen zur häuslichen Pflege sollte die GKV auch bei den Heilmitteln dazu verpflichtet werden, die Zuzahlung selbst beim Patienten einzuziehen. Nur so ließe sich eine Eigenbeteiligung der Patienten an der Heilmitteltherapie sinnvoll durchführen.





Verpasste Chancen zur (Neu-)Gestaltung Was in den neuen Verträgen fehlt



Nach langen Verhandlungen und mit Hilfe der Schiedsstelle sind fünf Versorgungsverträge herausgekommen, die mehr oder weniger das, was in den bisherigen Verträgen auf Landesebene stand, mit den Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zusammenfassen. Vergeblich sucht man in den Versorgungsverträgen nach Hinweisen darauf, wie zukünftig die Heilmittelversorgung quantitativ und qualitativ verbessert werden kann.

Die Verträge folgen keinem erkennbaren Muster oder Sinn, es bleibt unklar, wie diese Verträge dazu beitragen, die Heilmittelversorgung für GKV-Versicherte in Zukunft zu verbessern. Die gesetzlich geforderte Einbindung der Leistungserbringer in die Versorgungsverantwortung findet außer in der Festlegung von Pflichtöffnungszeiten faktisch nicht statt. Und auch die im Gesetz geforderten Regelleistungszeiten (inkl. Vor- und Nachbereitung) werden entweder vollständig ignoriert (Physiotherapie) oder entgegen der gesetzlichen Intention verwendet (Logopädie) oder führen zu einer faktischen Reduktion der möglicher Behandlungseinheiten (Ergotherapie).

Bei der gesetzlich vorgegebenen Festlegung von Honoraren, die einen wirtschaftlich zu führenden Praxisbetrieb ermöglichen, helfen die neuen Verträge ebenfalls nicht weiter. Denn erneut wird über Honorar so verhandelt, als hätte die Leistung damit nichts zu tun. Fast so, als wenn wir erst den Preis für eine Einheit Milch vereinbaren, bevor wir dann darüber aufgeklärt werden, wie viel Milch sich hinter einer Einheit verbirgt. Insofern bleibt es ein Geheimnis der Schiedsstelle, wie man über eine prozentuale Honorarerhöhung entscheiden kann, wenn die Leistungsbeschreibung noch strittig ist.

Verbesserungspotential heben

Bleibt die Frage, was man aus diesem wenig zufriedenstellenden Ergebnis lernen kann und welches Verbesserungspotential in den Versorgungsverträgen steckt.

Erstens würde es helfen, wenn alle Berufsgruppen zusammen eine Formulkommission bilden würden, die einen einheitlichen Umgang mit Muster 13 mit dem GKV-Spitzenverband aushandelt, z. B. als einheitliche Anlage 3 zu allen Versorgungsverträgen. Das würde übrigens nicht nur Therapeuten das Leben erleichtern, sondern auch Krankenkassen hätten weni-

ger unterschiedliche Eingangsprüfregeln zu beachten und Ärzte weniger Diskussionen mit Therapeuten verschiedener Fachrichtungen über die Notwendigkeit von Verordnungskorrekturen.

Zweitens wird es höchste Zeit, die vertraglichen Regelungen endlich mit Geldaufwand zu beziffern. Wenn die GKV unbedingt Zuzahlungs-Exkasso in die Verträge aufnehmen will, dann müsste der damit verbundene Verwaltungsaufwand in Euro je Fall beziffert und in die Höhe der Honorare einbezogen werden. Das lässt sich gut für jeden einzelnen Paragraphen der Versorgungsverträge umsetzen.

Drittens bedarf es einer vollständigen Neuauflage der Leistungsbeschreibungen. Wie lange wollen sich Therapeuten noch mit Leistungsbeschreibungen herummärgern, die mit der Behandlungsrealität und dem Ergebnis medizinischer Studien nichts zu tun haben? Der aktuelle Fachkräftemangel hat eben nicht nur mit unzureichender Bezahlung zu tun, sondern auch mit teilweise absurden Arbeitsbedingungen, wie z. B. dem 20-Minuten-Takt bei Physiotherapeuten, in dem auch noch ein ausführlicher Befund erstellt werden soll. Höchste Zeit für faire Minutenpreise und die Möglichkeit für Therapeuten, selbst zu entscheiden, wieviel Zeit sie mit Vor- und Nachbereitung und Behandlung verbringen.

Womit wir bei viertens wären: Allen Beteiligten ist klar, dass wir mehr Studien und mehr Versorgungsforschung für den Heilmittelbereich benötigen. Und gleichzeitig wissen alle, dass es dafür keine finanziellen Mittel gibt. Deswegen gehört in die Preisverhandlung zwischen GKV-Spitzenverband und Heilmittelverbänden unbedingt die Forderung nach dem „Forschungscents“, das wäre ein Cent je ein Euro Heilmittelumsätze und würde damit sofort 100 Millionen Euro Forschungsetat bereitstellen. Wetten, dass damit eine ganze Reihe guter Studien entstehen könnten, mit deren Hilfe man Parameter für erfolgreiche Heilmitteltherapie identifizieren könnte und damit die Grundlage für zielführende Leistungsbeschreibungen und bessere Verträge erhalten würde? Und wetten, dass dann auch mehr Menschen Lust hätten, als Heilmittelerbringer zu arbeiten? Lassen Sie es uns einfach probieren. ■

[bu]

Interview | Ein Insider der Rahmenvertragsverhandlungen Physiotherapie

„Die Verbände haben dafür gesorgt, dass keine echte Verhandlung stattfinden kann“



Nach über eineinhalb Jahren fiel im August 2021 ein Schiedsspruch zum bundeseinheitlichen Rahmenvertrag Physiotherapie. Wir haben mit einem Insider gesprochen, der zu Beginn Teil des Verhandlungsteams auf Verbandsseite war. Er berichtet uns, warum es falsch ist, dem GKV-Spitzenverband die alleinige Schuld für das Versagen hinsichtlich zielführender Verhandlungen in die Schuhe zu schieben.



Sie waren Teilnehmer des Verhandlerteams für den Bereich Physiotherapie. Wie haben Sie die Verhandlungen erlebt?

INSIDER | Am Anfang war die Energie bei allen Beteiligten vorhanden. Im Laufe der Verhandlungen wurde aber schnell klar, dass man auf der Stelle tritt. Ein Grund war, meiner Meinung nach, dass es im Bereich der Physiotherapie ein Verhandlungsführer von Seiten der Kassen gab, der keine Erfahrungen damit hatte.

Aber ich möchte das gar nicht allein auf die Kassen abwälzen. Die Verbände haben dafür gesorgt, dass keine echte Verhandlung stattfinden kann. Es gab zum Beispiel Momente, in denen der GKV-Spitzenverband gesagt hat: Wir sind jetzt beim Punkt xy. Wenn uns die Verbände ein bisschen entgegenkommen in unserer Formulierung, dann würden wir auf die Formulierung der Verbände in Punkt yz einstimmen. Dann kam vom

Verhandlungsführer der Verbände immer ein „Nein“. Die Verbände beharrten auf ihrer Position. Und das ist für mich keine Weise, zu verhandeln.

Warum ging das so einfach? Konnte der Verhandlungsführer das so einfach entscheiden? Haben Sie sich vorher nicht abgestimmt?

INSIDER | Doch, das haben wir. Aber vieles geschieht im Laufe der Verhandlungen, wo man sich nicht mehr so abstimmen kann. Das Problem ist, dass einige Verbände einfach Getriebene sind. Sie haben große Angst vor einem Mitgliederschwind, der das eigene Überleben infrage stellen würde. Natürlich haben die Verbände versucht, ihre Mitgliederforderungen irgendwie umzusetzen. Dann kam oft: Wir beharren auf unserer Position und geben den Punkt an die Schiedsstelle. Da galt die Prämisse: Wenn die Schiedsstelle das jetzt so entscheidet, dann ist es so. Aber wir haben nicht nachgegeben!

Das führte dazu, dass beim ersten Schiedsstellentermin noch über 70 Punkte offen waren.

Finden die Verhandlungen mit der GKV denn insgesamt auf Augenhöhe statt? Oder gibt einer den Takt vor?

INSIDER | Das ist schon ausgeglichen. Es gibt immer Punkte, bei denen eine Seite etwas stärker ist als die andere. Die Kassen haben sich aber wesentlich professioneller aufgestellt als die Verbände und sind meiner Meinung nach auch besser vorbereitet in die Gespräche gegangen. Da hatte einfach jeder seine zugeordnete Rolle im Drehbuch. Bei den Verbänden war das Problem, dass die Professionalität abgenommen hat. Der Verhandlungsführer lässt sich zuarbeiten und steckt dann einfach nicht mehr so tief in den Themen drin, konnte auf Rückfragen keine Antwort geben. Wenn man zudem merkt, dass die Verhandlungen festgefahren sind, dann muss man personelle Veränderungen vornehmen.

Was hätten Sie sich bei den Verhandlungen gewünscht?

INSIDER | Es wäre einfach besser gewesen, wenn jeweils drei bis vier fachkundige Leute auf Kassen- so-

wie Verbandsseite die Verhandlungen geführt hätten. So hätte man diesen Rahmenvertrag deutlich besser organisiert bekommen. Dann wären die Verhandler in drei bis fünf Tagen fertig gewesen.

Ich hätte mir zudem gewünscht, dass beiden Seiten sich ein weißes Blatt Papier genommen, die groben Punkte gemeinsam festgelegt und sich von dort aus dann entwickelt hätten. Im Grunde hat man jetzt nur die Rahmenvereinbarungen genommen und sie an vielen Stellen angepasst. Da hätte ich mir mehr Modernisierung erhofft.

Modernisierung ist ja auch bei den Zertifikatspositionen nicht eingetreten. Warum ist hier alles wie früher?

INSIDER | Die Verbände haben den Vorschlag gemacht, die Stunden bei einer Zertifikatsausbildung pauschal um 30 Prozent zu reduzieren. Die Kassen wollen die Zertifikate aber lieber ganz abschaffen und stattdessen die Inhalte in die Ausbildung integrieren. Sie hatten die Sorge, dass sich das System mit den reduzierten Stunden etabliert. Das Ziel soll aber sein, dass die Unzufriedenheit der Therapeuten mit den Zertifikaten so sehr steigt, dass sie die Zertifikatspositionen komplett weglassen können. Das Thema Zertifikatsfortbildungen wird gerne so verkauft, dass die Kassen die Bösewichte sind. Es ist aber so, dass die Zertifikatsthematik von den Verbänden etabliert wurde. Sie haben gesagt: Wir brauchen Zertifikate für die Qualität – und für das Geld.

Was müsste Ihrer Meinung nach passieren, damit wir wieder eine einheitliche Lobbyarbeit hinbekommen?

INSIDER | Insgesamt müsste die Verbändelandschaft reduzieren werden. Es reichen im Bereich Physiotherapie zwei Verbände. Einer kümmert sich schwerpunktmäßig um die Angestellten und der andere um die Selbstständigen. Was soll denn ein Verband heute verhandeln? Soll er sich um bessere Arbeitsbedingungen für die angestellten Therapeuten kümmern oder um bessere Preise für die Selbstständigen?

Vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch führte Ralf Buchner]

Aber ich möchte das gar nicht allein auf die Kassen abwälzen. Die Verbände haben dafür gesorgt, dass keine echte Verhandlung stattfinden kann

Das Thema Zertifikatsfortbildungen wird gerne so verkauft, dass die Kassen die Bösewichte sind

Es reichen im Bereich Physiotherapie zwei Verbände

Interview | Florian Weh

„Erfolgreich bin ich, wenn ich mir vor Verhandlungsbeginn klare Ziele setze“



Ein Gespräch über Verhandlungsziele, Strategien und erfolgreiche Kommunikation

Vergütung, Leistungsbeschreibungen, formale Vorgaben – die Liste der Themen, über die Heilmittelerbringer regelmäßig mit den Krankenkassen verhandeln müssen, ist lang und es kommt immer mehr dazu. Gleichzeitig sind die Verhandlungsergebnisse häufig wenig zufriedenstellend. Wir haben mit Florian Weh, dem Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbandes der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister (AGV MOVE), darüber gesprochen, worauf es bei Verhandlungen ankommt und wie man seinen Erfolg beeinflussen kann.

Herr Weh, Sie haben viele Jahre Verhandlungserfahrung in verschiedenen Unternehmen gesammelt und diese auch in einem Buch zusammengefasst. Wovon hängt es ab, ob Verhandlungen aus meiner Sicht erfolgreich verlaufen?

WEH | Erfolgreich bin ich in aller Regel dann, wenn ich mir vor Verhandlungsbeginn klare Ziele setze, die ambitioniert, aber realistisch sind. Unrealistische Ziele führen zu schlechten Entscheidungen. Der nächste Schritt ist die Zielkonsolidierung. In komplexen Strukturen, wie sie auch im Heilmittelbereich vorliegen, ist das ein komplexer Prozess. Da muss man sich mehrmals treffen, bis man die Ziele auf dem Tisch hat.

Wir haben in den Verhandlungen viele verschiedene Punkte. Wie kann man die so organisieren, dass man seine wichtigen Themen durchbekommt?

WEH | Aus meiner Erfahrung ist es das Wichtigste, Struktur hineinzubringen, also die Punkte zunächst aufzulisten und dann zu priorisieren. Da hat sich

zum Beispiel das Ampel-System bewährt. Rot muss ich durchkriegen, gelb wäre schön und grün kann ich hergeben. Ich stelle immer wieder fest, das darauf zu wenig Wert gelegt wird.

Was mache ich, wenn ich einen so einen starken Verhandlungspartner wie die GKV habe, die gefühlt eher auf Konfrontation setzt?

WEH | Wenn wir so eine strukturelle Übermacht haben, gilt es, zunächst alle informellen Wege zu nutzen, um zu sondieren und zu schauen, ob es nicht Bereiche gibt, bei denen die andere Seite auf uns angewiesen ist. Da ist es wichtig, die Öffentlichkeit herauszuhalten und informelle Kommunikationskanäle zu meinem Verhandlungspartner zu finden. Eine weitere Möglichkeit ist, sich abseits der Öffentlichkeit über grundsätzliche strategische Fragen auszutauschen: Win-Win-Möglichkeiten auszuloten, gemeinsame Interessen zu finden, ein gemeinsames Zukunftsbild zu entwerfen etc.

Ein Problem ist, dass die Krankenkassen sagen, die Verhandlungen müssen geheim sein. Es darf also nicht nach außen getragen werden, worüber verhandelt wird. Stärkt das die Verbände, wenn sie über ihre Positionen gar nicht reden dürfen oder ist es etwas, was tendenziell schwächt? Sollten die Verbände ihre Ziele kommunizieren?

WEH | Das ambitionierte Ziel, das gerade noch realistisch begründbar ist, kann man kommunizieren. Man sollte im Zielfindungsprozess aber auch das Minimum festlegen, das man erreichen will. Und das kleine Einmaleins des Verhandeln ist, dass das Gegenüber niemals diese Bottom-Line kennen sollte. Zwischen dem ambitionierten Ziel und dem Minimum gibt es noch ein Zwischenfeld, wo ich denke, dass ich am Ende herauskomme, wenn ich gut bin. Auch das sollte ich nicht kommunizieren. Für eine Kampagne sind die ambitionierten Ziele wichtig. Man sollte aber professionell genug sein, um zu wissen, dass nicht jeder Wunschtraum im Rahmen einer Verhandlung realisiert werden wird.

Wie sollte ich meine Ziele in der Verhandlung kommunizieren? Erreiche ich mehr, wenn ich gleich hoch ansetze?

WEH | Der Anker-Effekt besagt: Die erste Forderung, vor allem wenn eine Zahl daran gebunden ist, hat einen starken Magnetismus, eine starke Auswirkung auf den weiteren Verlauf. Ich könnte also einerseits sagen, es schadet nichts, ambitionierte Ziele auf den Tisch zu legen. Andererseits hemmen Sie damit den zweiten Modus im Rahmen einer Verhandlung. Das ist der Modus der Kooperation.

Wenn Sie mit einer extremen Forderung in eine Verhandlung gehen, bereiten Sie ein Spielfeld, bei dem es um Preise, Durchsetzung und Wettbewerb geht. Wenn Sie aber ein Spielfeld bereiten wollen, bei dem es um Zusammenarbeit, Mehrwert-Lösungen und Win-Win-Lösungen geht, ist das der falsche Ansatz. Wenn man sich die Gewerkschaftslandschaft in Deutschland anschaut, ist die Branche, in der am

Man sollte aber professionell genug sein, um zu wissen, dass nicht jeder Wunschtraum im Rahmen einer Verhandlung realisiert werden wird

Unrealistische Ziele führen zu schlechten Entscheidungen

Win-Win-Möglichkeiten auszuloten, gemeinsame Interessen zu finden, ein gemeinsames Zukunftsbild zu entwerfen etc.

Gerade in einem so hoch regulierten Bereich, wie dem Heilmittelbereich, ist es aber auch wichtig, immer mal wieder in eine gerichtliche Überprüfung zu gehen

meisten verdient wird, wo es am wenigsten Streiks gibt und die am erfolgreichsten ist, ist die Pharma- und Chemiebranche. Dort werden Verhandlungen nicht mit völlig überzogenen Forderungen begonnen, sondern mit Strategiesitzungen, bei denen sich beide Seiten die gegenseitigen Strategien erklären und sich gegenseitig versichern, dass sie langfristig kooperativ zusammenarbeiten wollen.

Die Frage ist also, habe ich auf der anderen Seite einen Partner, von dem ich glaube, dass ich am Ende mit ihm kooperativ erfolgreich sein kann? Denn das sind die Verhandlungen, bei denen ich den Kuchen vergrößern kann. Oder handelt es sich um reine Preisverhandlungen? Das ist verhandlungstechnisch immer am schlechtesten, denn es ist wie Armdrücken. Mein Gewinn ist dein Verlust.

Wie kann ich die Verhandlung beeinflussen, wenn sie nicht in meinem Sinn verläuft?

WEH | Es gibt drei Ebenen bei einer Verhandlung. Die erste Ebene ist der Verhandlungstisch, die zweite Ebene ist das Lösungsdesign und die dritte Ebene ist alles das, was abseits des Tisches läuft. Abseits des Tisches kann man versuchen, die Rahmenbedingungen zu beeinflussen. Allein der Versuch wirkt sich meist auf die Verhandlungen am Verhandlungstisch aus.

Abseits des Tisches kann man versuchen, die Rahmenbedingungen zu beeinflussen

In unserem Fall könnte man zum Beispiel Patienten darüber berichten, dass man schwierige Verhandlungen mit den Krankenkassen hat. Wäre das auch ein akzeptables Vorgehen?

WEH | Absolut. Grundsätzlich wünsche ich mir für eine Verhandlung den Ausschluss der Öffentlichkeit, weil es von der Sache ablenkt, wenn alle nur auf ihre nächste Pressemitteilung schießen. Etwas anderes ist es, wenn ich die Rahmenbedingungen beeinflussen möchte. Dann habe ich gar keine andere Möglichkeit als es über eine öffentliche Kampagne zu machen.

Was macht man, wenn Verhandlungen feststecken? Ist es sinnvoll, zu versuchen einen Schiedsspruch per Gerichtsentscheid zu kippen? Lassen sich Verhandlungen so noch retten oder torpediert man damit bereits neue Verhandlung im Vorhinein?

WEH | Eine gute Schiedsperson hat auch ein mediatives Talent. Aus dem Amerikanischen gibt es da zwei verschiedenen Formen, eine Schlichtung mit einer

Mediation zu kombinieren. Entweder versucht man erst eine Mediation und wenn das nicht funktioniert, kommt die Schlichtung. Oder noch intelligenter: Erst erfolgt die Schlichtung, der Schlichterspruch bleibt aber geheim und dann erfolgt die Mediation. Dann haben beide Seiten das Risiko, dass der Schlichterspruch gegen die eigenen Interessen geht, und sind in der Mediation sehr viel offener.

Gerade in einem so hoch regulierten Bereich, wie dem Heilmittelbereich, ist es aber auch wichtig, immer mal wieder in eine gerichtliche Überprüfung zu gehen – aber bitte nicht als Kampfmittel, sondern als Pflicht, die Rahmenbedingungen von Zeit zu Zeit überprüfen zu lassen.

Herr Weh, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Florian Weh führte Ralf Buchner]



Buch-Tipp

Weh, Florian (2020), Verhandlungsflow: Wie Sie anspruchsvolle Verhandlungen mit Leichtigkeit zum Ziel führen
ISBN-13: 978-3593512709

THERAPEUTENHÄNDE VERDIENEN OPTIMALE BEHANDLUNG

NAQI Massagelotionen wurden zusammen mit Dermatologen speziell für therapeutische Massagen entwickelt. Mit Hautschutz – perfekt für die hohen Anforderungen an Therapeutenhände.

Weitere Informationen unter www.buchner.de/NAQI.

Möchten Sie eine kostenlose
Probe zugeschickt bekommen?

Rufen Sie an unter
0800 59 99 666

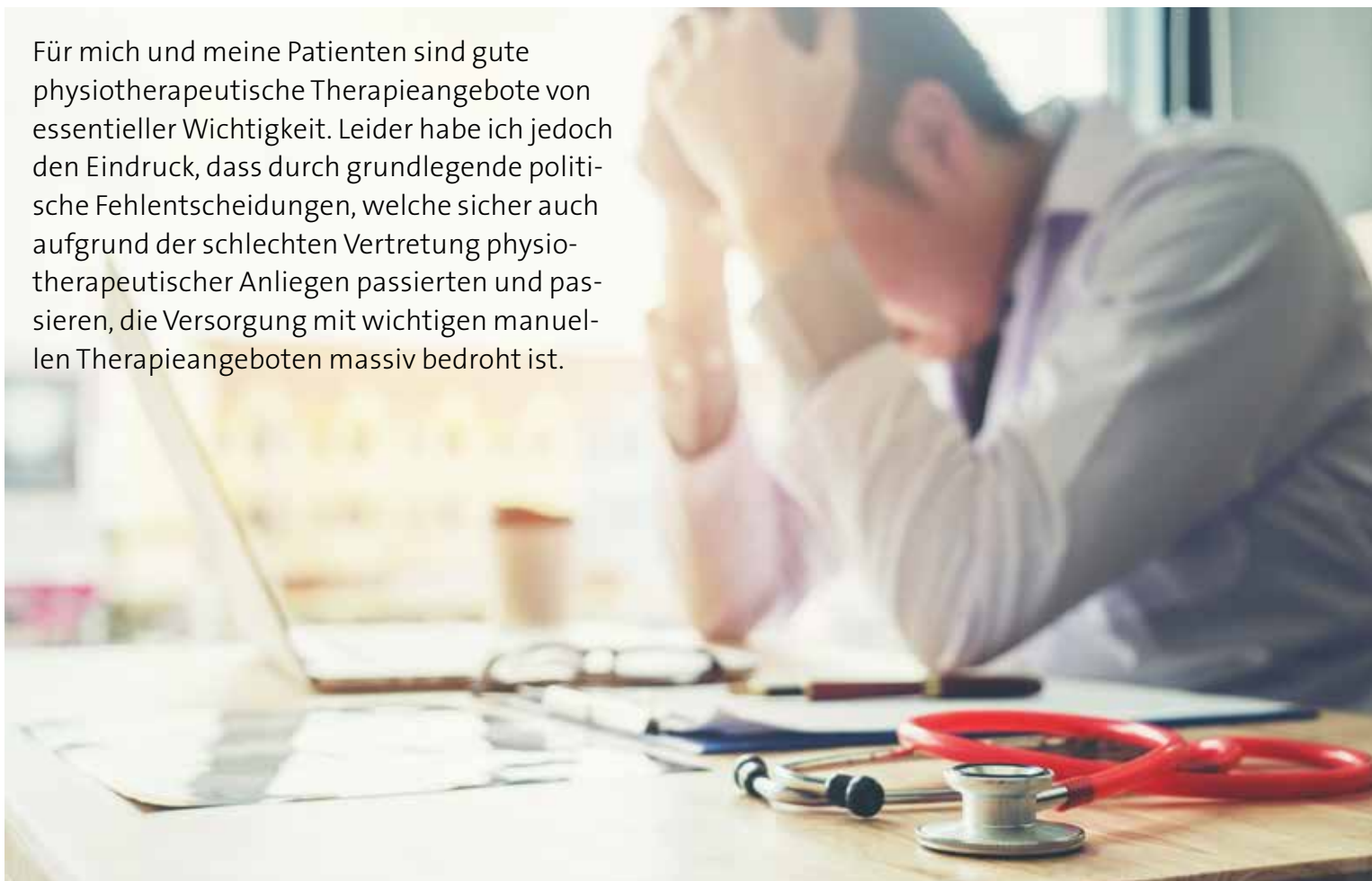


buchner

Physiotherapeuten, handelt endlich gemeinsam!

Ein Gastbeitrag von Dr. med. Rolf Eichinger,
Allgemeinarzt und Chirotherapeut

Für mich und meine Patienten sind gute physiotherapeutische Therapieangebote von essentieller Wichtigkeit. Leider habe ich jedoch den Eindruck, dass durch grundlegende politische Fehlentscheidungen, welche sicher auch aufgrund der schlechten Vertretung physiotherapeutischer Anliegen passierten und passieren, die Versorgung mit wichtigen manuellen Therapieangeboten massiv bedroht ist.



Seit 23 Jahren bin ich niedergelassener Allgemeinarzt, neunzehn davon in eigener Praxis. Die Ausbildung zum Chirotherapeuten begann ich bereits vor meinem Medizinstudium. Chirotherapeutische Interventionen halfen mir schon in meiner Klinikzeit oft mehr bei der Behandlung, als das, was ich im Studium erlernt hatte.

In meiner Umgebung haben die hochkarätigen Therapiepraxen Wartezeiten von ca. zehn Wochen.

In meiner Praxis führen fasziale Störungen zu 70 bis 80 Prozent der Konsultationen. Bei faszialen Erkrankungen stehen die manuellen Therapien ganz im Zentrum der Behandlung. Weit vor medikamentösen oder gar operativen Ansätzen. Für mich und meine Patienten sind gute physiotherapeutische Therapieangebote darum von großer Bedeutung. Die Versorgung mit wichtigen manuellen Therapieangeboten ist aufgrund grundlegender politischer Fehlentscheidungen jedoch massiv bedroht. In meiner Umgebung haben die hochkarätigen Praxen Wartezeiten von ca. zehn Wochen. Akutpatienten können oft nur in Überstunden sporadisch mit zahlreichen Therapeutenwechseln behandelt werden. Die Situation ist also untragbar und wird zu zahlreichen bleibenden – und damit teuren – Gesundheitsstörungen unserer Patienten führen.

Es fehlt an Druck, darüber zu informieren, wie wichtig physiotherapeutische Leistungen im Gesundheitssystem sind.

In den 1990ern quollen die Physiotherapieschulen noch über, jetzt finden Sie keine Interessenten. Was ist geschehen? Sicherlich ist der noch immer schlechte Verdienst eine Hauptursache. Ein angestellter Physiotherapeut kann in Vollzeit meist alleine vom Gehalt nicht leben. Teilzeitkräfte verdienen dann allerhöchstens ein Zubrot zum Einkommen der Lebenspartner.

Diese Situation ist mir als Arzt, mit einer schlagkräftigen Kassenärztlichen Vereinigung und starken Berufsverbänden unverständlich. Anscheinend sind Physiotherapeuten nur schlecht, und dann auch noch untereinander gespalten, vertreten. Es fehlt an politischem Druck darüber zu informieren, wie wichtig physiotherapeutische Leistungen im Gesundheitssystem sind und was der Wert dieser Leistungen ist. Auch gilt es darzustellen, was

an Mehrkosten in unserem System entstünde, wenn es immer weniger physiotherapeutische Therapieplätze gibt, weil das Personal verschwindet. Es muss einmal ganz klar gesagt werden: Gute Physiotherapie spart Unsummen an sinnloser Bildgebung, blödsinnigen Operationen, erfolglosen Medikamenten und damit auch an den Folgen und Nebenwirkungen all dieser Fehlbehandlungen.

Eigentlich müsste der 40-Minuten-Termin Standard sein.

Unsäglich ist meiner Meinung nach auch die gegenwärtige Therapiedauer. In zwanzig Minuten, wie es der Heilmittelkatalog fordert, sind die meisten faszialen Störungen nicht einmal annähernd zu therapieren. Ich rezeptiere sehr häufig die Kontingente des Heilmittelkataloges als Doppeltermine. So halbiert sich zwar die Anzahl der Termine, dafür wird aber in 40 Minuten viel mehr erreicht. Eigentlich müsste der 40-Minuten-Termin Standard sein, denn die meisten Regeltermine führen zu rein gar keinem Erfolg. Diese Erfahrung bestätigen übrigens alle meine Patienten.

Längere Behandlungstermine würden die wertvollste Ressource der Physiotherapie, den Therapeuten, schonen.

Ein weiterer Vorteil einer 40-minütigen Therapiedauer ist, dass dem Therapeuten Zeit für eine genaue Anamnese, Untersuchung und Dokumentation gegeben wird. Ich kenne einige Physiotherapeuten, die in 20-Minuten-Terminen verheizt wurden und jede Lust an ihrem Beruf verloren haben. Ich denke also, längere Behandlungstermine würden die wertvollste Ressource der Physiotherapie, den Therapeuten, schonen.

In unseren Seminaren über fasziale Erkrankungen und Behandlungen für Physiotherapeuten sehen wir genau das. Praxen mit einem geschlossenen Team, festen und oft langjährigen Patientenbeziehungen und ausreichender Behandlungszeit mit hohem Behandlungsniveau sind stabil und haben zufriedene Mitarbeiter, die oft ihr ganzes Berufsleben in einer Praxis bleiben. Betriebe mit hoher Behandlungsfrequenz, in denen drei Termine pro Stunde und 24 Patienten oder mehr pro Tag „abgearbeitet“ werden, halten keinen Mitarbeiter und schon gar keinen gut qualifizierten, der die medizinische Herausforderung sucht.

Wie können Verbände dem Raubbau an ihren Mitgliedern tatenlos zusehen?

Warum also werden von Seiten der Physiotherapie nicht längere Termine als Standard gefordert? Sicherlich sollten diese Forderungen zusammen von ärztlichen und physiotherapeutischen Verbänden erfolgen. Dies scheitert aber noch grundlegend an der Unwissenheit von Ärzten über fasziale Erkrankungen, deren Häufigkeit und deren Therapie. So wird der Wert von Physiotherapie auf ärztlicher Seite natürlich kaum erkannt.

Meiner Meinung nach ist eine enge Zusammenarbeit von Arzt und Physiotherapeut absolut erforderlich. In meiner Praxis werden Anrufe von Physiotherapeuten immer durchgestellt. Ich bekomme hier so viel wertvollen Input für mich und meine Patienten und erfahre oft von Dingen, die mir entgangen waren. Übrigens ist dies auch eine Folge meiner Rezeptierung von Doppelterminen. Der Therapeut hat Zeit, Wichtiges zu erfragen. Zeit, die in einer Allgemeinarztpraxis meistens fehlt.

So schafft sich die Physiotherapie langsam selbst ab.

Eine weitere Fehlentwicklung sehe ich auch im Ausbau der geräte-gestützten Therapien. Der therapeutische Benefit von Übungen an Geräten entspricht eher dem eines Fitnessstudios, hat aber mit faszialer Therapie absolut nichts zu tun. Ich kann meine Patienten nicht in solche Praxen schicken, weil ihnen hier nur sehr selten geholfen wird. Leider jedoch wird mit Geräten ohne gro-

ßen Personalaufwand guter Umsatz gemacht. So können in den besagten Einrichtungen überdurchschnittliche Löhne gezahlt werden, mit der Folge, dass gerade Berufseinsteiger hier gerne unterkommen und renommierten Praxen der Nachwuchs fehlt.

Die Folgen sind gravierend: Wissen wird nicht mehr von den erfahrenen Therapeuten an Berufseinsteiger weitervermittelt, es entsteht ein prekärer Personalmangel in der klassischen Physiotherapie und die Patientenversorgung wird immer schlechter. So aber schafft sich die Physiotherapie langsam selbst ab, weil schlechte Qualität schlechte Erfolge bringt und dann jede Kasse die Kostenübernahme für erfolglose Therapien ablehnen wird. Hierdurch werden die Mittel für Physiotherapie dann immer rarer. Der nächste Heilmittelkatalog wird dies dann bestätigen und die ohnehin schlechte Situation sich weiter verschlechtern.

Es wäre also auch hier einfach einmal an der Zeit, durch Verbände Qualitätsstudien zu erstellen, Therapielänge und Erfolg zu messen und vielleicht noch die Therapeutenzufriedenheit mit zu untersuchen. Das wären sicher gute Daten, um gestärkt in Verhandlungen mit den Kassen zu gehen.

Ich schreibe diesen Aufruf zur Bildung eines schlagkräftigen Verbandes in einer geeinten Physiotherapie, weil ich nur mit guten Therapeuten die Qualität meiner ärztlichen Tätigkeit wahren kann und mir die immer stärkeren Einschränkungen nur eines permanent verstärken: meine Budgetüberschreitung im Heilmittelbereich. Das aber mündet dann letztlich immer mehr in eine Zweiklassen-Medizin, die ich moralisch ablehne. Wer das so will, der bleibe wo er ist, die anderen sollten endlich handeln!



up_doppelbehandlung
der podcast für therapeuten

Herr Dr. Eichinger war Gast in unserem Podcast up_doppelbehandlung. Das Gespräch mit ihm können Sie sich hier anhören: www.up-aktuell.de/podcast

Urteil: Keine Beschäftigung ohne Maske

Wenn eine Maskenpflicht gilt, ein Mitarbeiter aber aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen kann, ist er arbeitsunfähig. Das hat das Arbeitsgericht Siegburg entschieden (Az.: 4 Ga 18/20). Der Angestellte hat dann in den ersten sechs Wochen Anspruch auf Lohnfortzahlung, danach zahlt die Krankenkasse Krankengeld in Höhe von 70 Prozent des Brutto- bzw. maximal 90 Prozent des Netto-Arbeitsentgelts (§ 47 Abs.1 S.6 SGB V).

Im konkreten Fall ging es um einen Verwaltungsmitarbeiter eines Rathauses, in dem seit Mai 2020 eine Maskenpflicht gilt. Der Mitarbeiter legte zwei Atteste vor, die ihn sowohl von der Pflicht zum Tragen einer Maske als auch von Gesichtsvisieren jeglicher Art befreiten. Sein Chef akzeptierte zwar die Atteste, wollte ihn aber ohne Mund-Nasen-Schutz nicht weiter beschäftigen. Daraufhin war der Angestellte seit Dezember 2020 fast durchgehend krank und erhielt nach sechs Wochen das niedrigere Krankengeld.

Vor dem Arbeitsgericht Siegburg wurde seine Klage dagegen abgewiesen. Nach Auffassung des Gerichts überwiege der Gesundheits- und Infektionsschutz aller Besucher und Beschäftigten des Rathauses das Interesse des Klägers an einer Beschäftigung ohne Gesichtsvisier oder Mund-Nasen-Abdeckung. Auch den vom Kläger geforderten Anspruch auf Einrichtung eines Homeoffice-Ar-



beitsplatzes lehnte die Kammer ab. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig, eine Berufung beim Landesarbeitsgericht Köln wurde zugelassen. ■

[ks]

Urteil: Keine Vergütung während des „Lockdowns“

Ein Arbeitgeber, der seinen Betrieb aufgrund eines staatlich verfügbaren allgemeinen „Lockdowns“ zur Bekämpfung der Corona-Pandemie vorübergehend schließen muss, trägt nicht das Risiko des Arbeitsausfalls und ist daher nicht verpflichtet, seinen Mitarbeitern weiterhin Lohn zu zahlen. Das hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) entschieden (Az.: 5 AZR 211/21).

Grundsätzlich trage zwar der Arbeitgeber nach § 615 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) das unternehmerische Risiko des Arbeitsausfalls. Dieser Grundsatz gelte aber nicht in Fällen landes- bzw. bundesweit verhängter Schließungsanordnungen, so das BAG.

Geklagt hatte eine Arbeitnehmerin, die seit Oktober 2019 in einer Filiale eines Nähmaschinenhandels als geringfügig Beschäftigte für monatlich 423 Euro tätig war. Im April 2020 war das Ladengeschäft aufgrund einer behördlichen Anordnung der Freien Hansestadt Bremen geschlossen worden. Die Klägerin klagte auf Zahlung ihres Entgelts unter dem Gesichtspunkt des Annahmeverzugs gemäß § 293 ff BGB.

Das BAG wies die Klage ab. Der Arbeitgeber trage nicht das Risiko des Arbeitsausfalls, wenn zum Schutz der Bevölkerung vor schweren und tödlichen Krankheitsverläufen infolge von Corona-Infektionen in einem Bundesland Kontaktbeschränkungen eingeführt

und nahezu flächendeckend alle nicht für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Einrichtungen geschlossen werden. Es sei Sache des Staates, gegebenenfalls für einen adäquaten finanziellen Ausgleich – wie es zum Teil mit dem erleichterten Zugang zum Kurzarbeitergeld erfolgt ist – zu sorgen. ■

[ks]



Weil jetzt das WIR zählt

Praxisleitung in der Heilmitteltherapie ist ein Beruf, auf den Sie stolz sein können – und gerade jetzt eine echte Herausforderung. Es ist wichtig, gut informiert und inspiriert zu bleiben. So können Sie besser die richtigen Entscheidungen treffen, ohne viel Zeit mit Recherche zu verlieren.

Die Angebote im up-Netzwerk bilden dafür die solide Basis: Tipps, die wirklich weiterhelfen. Aktuelle Infos zu Themen, die Praxisteams bewegen. Im up-Magazin, in den berufsspezifischen Fachmagazinen up_therapiemanagement, bei Veranstaltungen, bei Online-Events, beim Online-Stammtisch, im Podcast, im Webcast, im persönlichen Gespräch – mit Kollegen aus allen therapeutischen Berufen, Verbänden, Vereinen und der Politik.

**Starten Sie im dynamischen Netzwerk für Therapeuten.
Wir freuen uns auf Sie!**

**Frische Perspektiven für IHRE gute Praxis:
www.up-netzwerk.de**

Übrigens: Erst unsere Mitglieder und Abonnenten machen up, die vielen Angebote und unseren Austausch im Netzwerk möglich. Danke!



Unabhängige Nachrichten mit dem Netzwerk-Plus.
Engagiert für starke Therapie & gute Praxis.



uptherapie
management

Das berufsspezifische Magazin
jeden Monat im Briefkasten haben.
Exklusiv für Abonnenten.

BGH-Urteil: Anspruch auf Mietminderung bei Lockdown



Im Fall eines staatlich angeordneten Lockdowns haben gewerbliche Mieter grundsätzlich einen Anspruch auf Anpassung der Miete. Das hat der Bundesgerichtshof in Karlsruhe entschieden (Urteil

vom 12. Januar 2022 – XII ZR 8/21). Dieses Urteil ist auch für Praxisinhaber interessant, denn es gilt nicht nur für Einzelhändler, sondern für alle Mieter mit einem Gewerbemietvertrag, die aufgrund des Lockdowns wirtschaftliche Nachteile hatten. „Gewerbe wird dabei übrigens weit ausgelegt und umfasst auch Mietverträge von Freiberuflern, auch wenn diese ja gar kein Gewerbe im eigentlichen Sinne betreiben“, erklärt Rechtsanwältin Karina Lübke.

Im vorliegenden Fall hatte der Textildiscounter Kik geklagt, nachdem der Vermieter einer Filiale im Raum Chemnitz eine Mietminderung abgelehnt hatte. Das Oberlandesgericht Dresden entschied auf eine Reduzierung der Miete um die Hälfte. Der BGH befand nun, eine Mietminderung um die Hälfte sei zu pauschal. Auch wenn gewerbliche Mieter aufgrund des Lockdowns grundsätzlich einen Anspruch auf Anpassung der Miete haben, müsse bei der Höhe doch immer der jeweilige Einzelfall berücksichtigt werden, so das Gericht. Neben den Umsatzeinbußen spielen dabei auch etwa staatliche Hilfen und Versicherungsleistungen eine Rolle. Ob und in welche Höhe eine Mietminderung gerechtfertigt ist, ist damit von Fall zu Fall zu prüfen. ■

[ym]

OSTEOPATHIE UBI Institut Deutschland

Osteopathie Ausbildung
Kinderosteopathie Ausbildung
Parietale Behandlungskosten
CranioSacrale Therapie
Neurale Manipulation
Viszerale Manipulation
CranioMandibular Concept
Integrative ProzessBegleitung

ALLE KURSE
EINFACH
ONLINE BUCHEN

THERAPIE
medizinisch & zukunftsorientiert
AUSBILDUNG
individuell & persönlich
INSTITUTE
kompetent & praxisnah
upledger.de

Osteopathie Institut Deutschland
Upledger und Barral Institut Deutschland

info@upledger.de · Fon 0451/479950
Gutenbergstraße 1 · 23611 Bad Schwartau

Fortbildungen in Köln

- » MAT_MTT
- » MT für Physiotherapeuten
- » Sportphysiotherapie 150 UE
- » Das Bobath-Konzept
- » PNF – Grundkurs
- » PNF – Aufbaukurs
- » Osteopathie
- » McKenzie-Seminare
- » Manuelle Lymphdrainage
- » MT Level Zzwei
- » Heilpraktiker-Ausbildung
- » Rückenschullehrer/in
- » Faszientherapie
- » Das Kiefergelenk
- » Manipulativmassage
- » Sportphysiotherapie 30 UE
- » Das Kiefergelenk
- » Fußreflexzonenmassage
- » K-Taping®
- » Praxismanager
- » Rezeptionsfachkraft
- » Heilmittelrichtlinien
- » KGG
- » Refresher M.L.
- » Morbus Parkinson
- » N.A.P.
- » TRena
- » Spiraldynamik
- » Sturzprophylaxe in Neurologie
- » Vestibular Therapeut
- » Mulligan Konzept
- » Verl. Rückenschullizenz
- » Kraniosacrale Osteopathie
- » BM Balance
- » Migränetherapie nach Kern
- » Sektoraler HP
- » Triggerpunktbehandlung
- » Gangrehabilitation
- » Nordic walking
- » Kinderosteopathie
- » Manuelle Lymphdrainage
- » Spiegeltherapie

Fortbildungsakademie
FÜR MEDIZINISCH-
THERAPEUTISCHE BERUFE
PLESCH

Holzer Weg 4-6
51766 Engelskirchen
02263 900 81 01
info@fa-plesch.de
www.fa-plesch.de

Datenschutz?...!

Google-Analytics und der Datenschutz

Niels Köhrer, externer Datenschutzbeauftragter für up|plus-Kunden



den automatisch Daten an Server von Google übermittelt. In den meisten Fällen werden die Daten auch auf amerikanischen Servern verarbeitet. Nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs besteht für die USA kein mit dem europäischen Datenschutzrecht vergleichbares Datenschutzniveau, welches für eine Übermittlung ohne weitere Maßnahmen erforderlich wäre. Begründet wurde dies mit der theoretischen Zugriffsmöglichkeit amerikanischer Sicherheitsbehörden.

Analyse-Tools sind pures Gold für Websitebetreiber. Anhand der Auswertungen lassen sich Zielgruppen bestimmen und zielgerichtet ansprechen. Das am meisten genutzte Tool ist weiterhin Google-Analytics.

Aus Sicht der österreichischen Datenschutzbehörde ist die Nutzung dieses Tools allerdings datenschutzrechtlich nicht mehr zulässig. Einem solchen Vorwurf sieht sich in einem aktuellen Fall ebenfalls das Europäische Parlament gegenüber, auf dessen Website Google-Analytics zum Einsatz gekommen ist.

Hintergrund ist dabei der Sitz des Unternehmens Google in den USA. Bei dem Besuch einer Website, auf der Google-Analytics-Cookies zum Einsatz kommen und der Besucher diese bestätigt, wer-

Nach Ansicht der österreichischen Datenschutzbehörde reichen die häufig als Konsequenz vereinbarten „Standardvertragsklauseln“ der Europäischen Kommission nicht aus, um einen Schutz gegen die gesetzlichen Pflichten zwischen Google und den amerikanischen Sicherheitsbehörden zu gewährleisten.

Für deutsche Websitebetreiber heißt es zunächst abwarten. Die deutschen Datenschutzbehörden oder Gerichte haben sich zu dieser Frage aktuell noch nicht abschließend geäußert. Will man Google Analytics weiterhin nutzen, sollte man auf eine Einwilligung der Besucher achten, um sich nicht noch angreifbarer zu machen.

Ausbildung zum KLINEA-Therapeuten/in



Das Myofaziale Organ im Fokus

- Diagnostik
- Befundung
- Therapie im Knotenmodell

Ich war auf so vielen Fortbildungen und erst hier wurde mir plötzlich ganz viel klar. Die Kurse sind einfach spitze.
S. Osteopath

Es ist alles logisch und schlüssig, plötzlich ist alles wahnsinnig einfach. Ich habe Erfolge, die ich nicht kannte.
T. Physiotherapeutin

KLINEA und das Knotenmodell haben meine Arbeit unendlich bereichert. Ich arbeite nur noch danach und meine Praxis läuft besser, denn je..
K. Physiotherapeut

Anmeldung und Information unter:
www.myofaszial.eu



SCHÖNE FÜSSE FÜR GANZ DEUTSCHLAND



Zwei Podologen entwickeln als Brudergespann eigene Fußpflegeprodukte

2018 sind die Brüder Marlon und Frederic Schulmeister mit einer Podologie-Praxis gestartet. Ende 2021 besaßen die beiden bereits fünf Standorte, zwei weitere sollen 2022 folgen. „2021 haben wir zudem unsere ersten Fußkundig-Pflegeprodukte auf den Markt gebracht“, berichtet Frederic Schulmeister. Auch hier sind bereits weitere Produkte in Planung. Wir haben mit dem Podologen darüber gesprochen, wie die beiden dazu kamen, Produkte zu entwickeln, was diese so besonders macht und wie ihre Zukunftspläne aussehen.

Sowohl die Mutter als auch der Vater von Marlon und Frederic Schulmeister kommen aus der Heilmittelbranche. Der Vater führte eine Praxis für Physiotherapie und Podologie, die Mutter eine für Podologie. Dass die beiden Brüder auch irgendwann in die Selbstständigkeit gehen, war von Anfang an klar. Der Vater riet ihnen dann zur Podologie, das sei ein jüngerer Berufszweig, in dem man mehr erreichen könne. Seit etwa zehn Jahren sind die beiden Brüder nun als Podologen tätig. 2018 haben sie die Praxis von ihrem Vater übernommen und eine GbR gegründet.

Eine Praxis nach der anderen

2019 folgte dann der zweite Standort, Ende 2019 der dritte. „Während Corona 2020 haben wir die Zeit genutzt, um den Bereich Hausbesuche weiter auszubauen.“ Anfang 2021 folgte dann der vierte Standort, Ende des Jahres der fünfte. 2022 eröffnen sie zwei weitere Standorte. „Wir möchten der größte Podologie-Anbieter Deutschlands werden“, so der Therapeut. Das Leitbild der beiden Brüder: Schöne Füße für ganz Deutschland. Alle Praxen befinden sich in einem Umkreis von 30 Kilometern, damit die Brüder auch regelmäßig vor Ort sein können.

„Wir haben festgestellt, dass viele Berufskollegen über Ruhestand nachdenken, aber große Probleme haben, einen Nachfolger zu finden“,

so der Podologe. „2020 haben wir dann aus der Laune heraus ein Flyer entwickelt, dass wir gerne Praxen aufkaufen möchten.“ Die Resonanz sei groß. Für das kommende Jahr planen sie zudem ein Franchise-Pilotprojekt mit zwei Praxen. „Wir merken, dass viele Podologen auf der Suche nach Struktur sind, gerade was die Mitarbeiterführung angeht.“ Die beiden Brüder möchten Praxisinhaber mit dem Franchise-Konzept dabei unterstützen und ihre Erfahrungen weitergeben.

Die eigene Fußpflege-Serie

Neben der Expansion haben die beiden Brüder auch eine Produktreihe für Fußpflege auf den Markt gebracht. Die Idee für die Pflegeprodukte hatte ein Patient von Frederic Schulmeister. „Er war 2019 in Brasilien, im Amazonasgebiet. Eine Bekannte von ihm, eine Ureinwohnerin, hat ihm für eine nicht heilende Wunde am Finger eine Substanz aus der Andiroba-Nuss empfohlen. Die fördert u. a. die Wundheilung.“ Die Wunde heilte tatsächlich gut aus. Wieder zurück in Deutschland, berichtete er Schulmeister davon und

fragte die beiden Brüder, ob die sich vorstellen können, ein Fußpflegeprodukt auf dieser Basis zu entwickeln. Sie begannen zu recherchieren und wenig später war klar: Das ist der Inhaltsstoff für die Produkte von Fußkundig.

Drei Schäume und ein Nagelöl

Der Patient von Schulmeister ist ein Teleshop-Experte. Durch seine Kontakte konnten die Brüder Anfang 2020 nur mit der Idee einen Pitch beim Teleshopping-Sender QVC gewinnen. „2020 und 2021 haben wir dann die Produkte entwickelt, Ende 2021 haben wir sie das erste Mal präsentiert“, so der Podologe. „Wir haben drei verschiedene Schäume und ein Nage-

löl. Neben der Grundpflege, dem 24 Stunden Schaum, gibt es einen Schaum gegen Hornhaut und Schrunden und einen gegen Schweißfüße.“ Das Nagelöl enthalte von allen Produkten die höchste Konzentration an Andiroba-Substrakt und könne daher auch bei kleineren Verletzungen an den Füßen verwendet werden. Zwei weitere Produkte sind bereits in Planung.

Erst Fehler, dann Mehrwert

Während der gesamten Entwicklungsphase gab es viele Lernkurven, erzählt Schulmeister. „Einer der größten Fehler ist uns direkt zu Beginn der Zusammenarbeit mit QVC unterlaufen.“ Die Kartons, in denen die Brüder die Produkte angeliefert haben, entsprachen nicht den Vorgaben von QVC. Sie mussten alle Produkte umpacken, was enorm viel Zeit und natürlich auch Geld gekostet hat. Unterstützung dabei erhielten die Brüder von einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, mit der sie auch zukünftig weiterarbeiten möchten.

„So ärgerlich der Fauxpas auch war, jetzt erleichtert er uns in vielen Bereichen die Arbeit.“

Die beiden Brüder mussten für die Zusammenarbeit mit QVC Handbücher über Handbücher wälzen. Die Kartongröße war nur eine von vielen Regularien. „Wir mussten uns beispielsweise mit Themen wie Verpackungsregister aber auch der sogenannten GTIN, einer Nummer zur Kennzeichnung von Produkten, auseinandersetzen“, berichtet der Podologe. „Das alles hatten wir nicht auf dem Schirm.“ Doch die Dokumente, die die beiden in der Zeit erstellt haben, haben sich rückblickend als echter Mehrwert herausgestellt. „Wir haben eine Apothekenzulassung für die Produkte beantragt, die eigentlich sehr zeitintensiv ist“, so Schulmeister. „Durch die Erfahrungen mit QVC war das ein Klacks für uns.“

So viel wie möglich selbst machen

„Besonders in der Anfangsphase haben wir viele Angebote erhalten, Aufgaben auszulagern“, erinnert sich der Podologe. „Es ist klar, dass man nicht alle Aufga-



ben selbst erledigen kann, man ist schon auf andere angewiesen.“ Dennoch sollte man besonders am Anfang so viele Aufgaben wie möglich selbst ausführen.

„Wenn man mit Dritten in Kontakt kommt, die etwas für einen tun sollen, dann merkt man schnell, wie abhängig man von anderen ist“,

sagt Schulmeister. „Je mehr man auslagert, desto abhängiger macht man sich.“ Für den Umgang mit Externen müsse man erst einmal eine Struktur entwickeln. Viele würden sich nach dem ersten Kontakt nicht mehr melden, einige seien auch skeptisch und denken, dass auf lange Sicht eh keine Zusammenarbeit zustande komme. „Ich habe mir daher angewöhnt, immer eine Wiedervorlage im Kalender einzutragen und selbst nachzufragen“, so der Therapeut.

Nächster Schritt: B2B-Bereich

Bisher vertreiben die Brüder die Produkte nur über QVC und in den eigenen Praxen. Der Durchschnittspreis liegt bei 15 Euro pro Produkt. Der nächste Schritt sei dann, auch in den Apotheken gelistet zu werden. „Unser ganz großes Ziel für dieses Jahr ist aber, dass wir an unsere Berufskollegen herantreten und den B2B-Bereich aufbauen“, so der Podologe. „Im Frühjahr 2022 findet die Messe Beauty Düsseldorf statt, auf der wir einen Stand haben.“

Die Produkte pushen auch die Praxen

In die Produktreihe haben die beiden Brüder bisher rund 100.000 Euro investiert – die Arbeitszeit ausgenommen.

„Besonders am Anfang sind die Kosten hoch, was an den Tests, die man fahren muss, liegt, aber auch an den geringen Bestellmengen“,

erklärt Schulmeister. Aktuell laufen die beiden finanziell neutral, die Einnahmen decken die Ausgaben.

„Von den ersten Sendeterminen, die wir bei QVC hatten, sind 80 bis 90 Prozent der Lagerbestände weg“, so der Podologe. „Gleiches zeigt sich in den Praxen.“ Mit den eigenen Produkten kämen sie ihrer Vision, schöne Füße für ganz Deutschland, ein großes Stück näher. „Sie stärken die gesamte Marke Fußkundig, worunter auch die aktuell fünf Praxen laufen“, sagt der Podologe. „Wir sind gespannt, wo die Reise noch hingehet.“ ■ [kb]

Steckbrief

Frederic Schulmeister ist 1989 in Ratingen geboren. Seine Ausbildung zum Podologen schloss er 2011 bei der Kaiserswerther Diakonie ab. Danach studierte er an der Steinbeis-Hochschule Berlin Komplementäre Medizin und Management. Nach der Ausbildung leitete er eine von zwei Podologiepraxen seiner Mutter, 2018 übernahm er zusammen mit seinem Bruder die Praxis für Physiotherapie und Podologie seines Vaters – die erste von aktuell fünf eigenen Praxen für Podologie.



Fußkundig GbR

Unterrather Straße 180
40468 Düsseldorf
info@fusskundig.de
www.fusskundig.de

Impressum

up | unternehmen praxis

Herausgeber

Ralf Buchner | V.i.S.d.P.
Olav Gerlach
Dr. Barbara Wellner

Chef vom Dienst

Ulrike Stanitzke

Autoren

Karina Lübke [kl], Yvonne Millar [ym]
Katharina Münster [km], Kea Blum [kb],
Katrín Schwabe-Fleitmann [ks],
Ralf Buchner [bu], Jenny Lazinka [jl],
Rebecca Borschtschow [rb], Alexa
Dillmann [ad]

Verlag

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

buchner

Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkühn, kiel

Anzeigen

Susanne Madert
kontakt@madert-media.de

Jahrgang: 15

Erscheinungsweise: monatlich
ISSN: 1869-2710

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

Druckauflage: 42.000 Exemplare

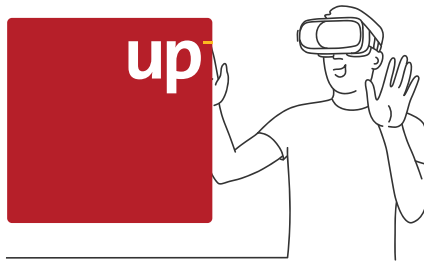
Verbreitete Auflage: 41.450 Exemplare

Druck: Krögers Buch- und
Verlagsdruckerei GmbH

Bildnachweise

Titel, 34: Florian Weh; Yvonne Millar
[3], Thomas Ecke [12], Arendt Schmolze
[45], Elke Pouchet [49];
iStock: franckreporter [5], FotoDuets
[5], Jens Rother [6], Iryna Tolmachova
[6], Wavebreakmedia [7], Andrii
Tokarchuk [9], kathykonkle [12],
MicrovOne [14, 15], Antti Heikkinen
[18-29], vector [20], Iryna Minhirova
[23], Leontura [25], Abscent84 [4, 28],
Aleksandr Kharitonov [24, 30, 31],
ImagineGolf [32], SARINYAPINNGAM
[38], PeopleImages [40], damircudic
[41], Axel Bueckert [41], Wako Megumi
%44&, temny [46], Mirifada [48], Anna
Semenchenko [50]

*Liebe Leserinnen und Leser,
die überwiegende Anzahl der Therapeu-
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 Mit dem Avatar gegen Rückenschmerzen

Woran denken Sie, wenn Sie Begriffe hören wie „Avatar“ und „Virtual Reality“? An Videospiele, vielleicht den gleichnamigen Film von James Cameron oder lustige Videos, in denen Menschen mit VR-Brillen gegen Wände oder Türrahmen laufen, weil sie vor lauter virtueller Realität die realen baulichen Gegebenheiten um sich herum vergessen haben? Nun, Sie können Ihrer Liste jetzt noch einen weiteren Punkt hinzufügen: chronische Schmerzen.

Wer im echten Leben chronische Schmerzen hat, setzt eine Brille auf und taucht in eine virtuelle Welt ohne Beschwerden ein. Ganz so einfach ist es nicht, aber die Richtung stimmt. Das Projekt ReliefVR verfolgt das Ziel, mit VR-Technologien neuronale Netzwerke im Gehirn zu verändern und so chronische Schmerzen dauerhaft zu lindern. Daran beteiligt sind das Universitätsklinikum und die Universität Würzburg. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt. Es ist Mitte Dezember in eine zweijährige Erprobungsphase gestartet.

Die Projektbeteiligten beschreiben den erhofften Ablauf so: Die Schmerzpatienten setzen die VR-Brille auf und „sollen zunächst das Gefühl haben, einen virtuellen Körper oder Avatar zu besitzen, der sich an der gleichen Position wie ihr echter Körper befindet“, erklärt Yevgenyia Nedilko die Ideengeberin und Leiterin von ReliefVR von der Frankfurter Firma Videoreality GmbH. Dadurch soll sich die Körperwahrnehmung verändern und ein Zustand erreicht werden, in dem die Patienten weniger Schmerzen empfinden und sich der schmerzfreie Bewegungsgrad erhöht. So können Patienten Bewegungsübungen ausführen, die sie im normalen Leben aus Angst vor Schmerzen vermeiden würden. Und das soll dann dazu führen, dass die Patienten auch im echten Leben weniger Schmerzen haben.

Ob sich die Hoffnungen der Forscher erfüllen, soll nun die Erprobungsphase zeigen, in der ein individuell angepasstes Übungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen entwickelt wird. Im Erfolgsfall folgt 2023 eine Machbarkeitsstudie.

Mehr zu ReliefVR finden Sie hier:
www.gesellschaft-der-ideen.de/

BESCHIED WISSEN

up - unternehmen
praxis

Mit **up_therapiemanagement** wissen Sie Bescheid

**Lassen Sie sich inspirieren
- von Infos und Kollegentipps**

Sie erhalten jeden Monat in **up_therapiemanagement** Tipps von Therapeuten: Hilfsmittel, fachliche Infos, Wissenswertes für Patienten sowie Ärzte, besondere Sternstunden-Momente und und und. Lesen Sie selbst - das sind echte Bereicherungen im und für den Therapiealltag!



up therapie
management

Das Fachmagazin, das Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten mit Infos, Tipps und Anregungen unterstützt, um Ihre gute Therapie noch besser zu machen.



BASIC
BY buchner

Handdesinfektion
500 ml
4€*



VAH-gelistet

EINFACHE ENTSCHEIDUNG.

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

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

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

buchner

* Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Praxisinhaber und gewerbliche Abnehmer.
Der Preis für 500 ml Handdesinfektion beträgt 4 € netto (4,76 € inkl. Mehrwertsteuer) zzgl. Versand