

Gleich geht es los mit dem



up_Nachrichten Webcast #30



Hinweis

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

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



up_Nachrichten Webcast #30 ■

Mittwoch, 03.02.2021

Ankündigung:

Austausch mit Abstand
am virtuellen Kaminfeuer
Immer Mittwochs um 20:00 Uhr
Also, auch heute!



Das ist bis heute aktuell (03.02.2021) – 1/2

- **Taxierung von Verordnungen:** Rückkehr der Verordnungsbürokratie durch die Hintertür
- **GKV FAK:** 4 Gründe, warum der Fragen und Antworten Katalog sinnlos ist
- **Lockdown verlängert 1:** Finanzhilfen aufgestockt
- **Lockdown verlängert 2:** Je länger der Lockdown andauert, desto eher greift der Frust um sich. Interview mit Dr. Anke Handrock über die Stärkung psychische Stabilität im Lockdown.
- **Spickzettel VO-Check:** Prüfen in der richtigen Reihenfolge
- **Extrabudgetär verordnen lassen:** Das aktuelle up | Schwerpunktthema zum Thema 12-Wochen-Verordnungen

Das ist bis heute aktuell (03.02.2021) – 2/2

- **Offener Brief an Physio Deutschland:** Besorgte Praxisinhaberin fordert Transparenz und Aufklärung
- **Wenig Aufwand für hilfreiche Daten:** Erinnerung an den Wirtschaftlichkeitsbericht und die dazu passende Umfrage
- **up | Netzwerktreffen am 5./6. März** online (Link zur Landingpage: www.buchner.de/netzwerktreffen)
- **HMK Digital** ist online und hilft bei der VO Prüfung
- **Eigenwerbung:** Ralf Buchner ist zu Gast auf dem **heißen Therapeutenstuhl** bei Proxomed am Donnerstag, den 4.2.
- **Offene Fragen-Runde:** Welche Fragen ergeben sich aus dem heutigen Webcast? Nutzen Sie das Slido-Fragentool.

Taxierung von Verordnungen wird zu deutlichem Mehraufwand (1/2)

- Seit dem 15. Januar 2020 (!) gibt es die neuen Heilmittel-Verordnungsvordrucke
- Seit über einem Jahr wissen also alle Beteiligten, dass die bisherigen Taxfelder ab dem 1. Januar 2021 wegfallen
- Warum gab es die alten Taxfelder?
- Wer braucht die Taxfelder?
- Wer hat Nutzen von den Taxfeldern?

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung
 29 86

Gesamt-Brutto
 196 20

Heilmittel-Pos.-Nr.
 20501

Faktor
 06

Heilmittel-Pos.-Nr.
 21530

Faktor
 06

Wegegeld-/Pauschal
 29910

Faktor
 06

km
 10

Faktor
 06

Hausbesuch
 29910

Faktor
 06

Taxierung von Verordnungen wird zu deutlichem Mehraufwand (2/2)

- Diese Taxierungsvorschläge sind überflüssig. Das ist die Rückkehr der Verordnungsbürokratie durch die Hintertür...

	29,86	196,20
	20501 6	
	21530 6	
	29901 6	
	29910 6	10

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Eigentlich überflüssig:
Aufdruck auf RS der VO
(Und von GKV ausdrücklich unerwünscht)

Angaben zum Versicherten:
Nachname*
Vorname*
Versichertennummer

Angaben zur Verordnung:
Ausstellungsdatum*

Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Heilmittelpositionsnummer	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Therapiebericht	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>
Hausbesuch	<input type="text"/>	Faktor	<input type="text"/>

Gesamt-Brutto Gesamt-Zuzahlung

IK des Leistungserbringers*

*Pflichtfelder

Ziemlich überflüssig:
Zusätzlicher Codierbeleg
für Abrechnungszentrum

Seit dem 1. Januar 2021 gilt

- Keine Positionsnummern auf der Verordnung
- Keine Zuzahlungs- und Rechnungsbeträge auf der Verordnung
- Keine Kilometerangaben auf der Verordnung
- Auf die Verordnung gehört wie bisher
 - Institutionskennzeichen
 - Belegnummer
 - Rechnungsnummer

GKV Fragen Antworten Katalog

The screenshot shows the website 'GKV HEILMITTEL'. The header includes a search bar with 'Suche ...' and a magnifying glass icon, and a 'STARTSEITE' link. The main navigation bar contains 'GKV-Heilmittel-Informationssystem', a 'Drucken' button, and three 'A' icons for font size. A left sidebar menu has three sections: 'Für Vertragsärzte', 'Für Heilmittelerbringer' (with sub-links for 'Zulassende Stellen', 'Heilmittelpreise', and 'Verträge'), and 'Heilmittelversorgung 2.0'. The main content area shows a breadcrumb trail 'Startseite > Für Heilmittelerbringer > Verträge' and a heading 'Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V'. Below this is a paragraph starting with 'Der GKV-Spitzenverband schließt gemäß § 125 Abs. 1 SGB V mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer...'. A prominent white callout box with a download icon contains the text: 'Übergreifender Fragen-Antwort-Katalog zum Übergang von Verordnungsmuster 13/14/18 auf das neue Muster 13 (PDF, 60 KB)'. At the bottom, a list of therapy categories is shown with expandable '+' icons: Ergotherapie (noch in Verhandlung), Ernährungstherapie (noch in Verhandlung), Physiotherapie (noch in Verhandlung), Podologie, and Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (noch in Verhandlung).

Vier Gründe, warum der GKV-FAK kontraproduktiv ist: 1. Keine Absprache!

- Nutzen von Fragen-Antwort-Katalog, der nicht abgestimmt ist, bleibt unklar.
- **Vermutlich versucht der GKV-Spitzenverband Unruhe zu sähen, um Druck auf die Schiedsverhandlungen zu machen**
- Ohne Absprache mit den Heilmittelverbänden ist das eine einseitige Vertragsauslegung zu Gunsten der GKV
- Die Antworten auf die Fragen kann man zur Kenntnis nehmen, entfalten jedoch keine rechtliche Bindung für die einzelne Praxis.
- Besser wäre ein abgestimmter Fragen-Antwort-Katalog



Vier Gründe, warum der GKV-FAK kontraproduktiv ist: 2. Taxierungstheater

7.	Können auf der Rückseite Angaben zu den taxierten Leistungen für das Rechenzentrum gemacht werden?	Nein, auf der Rückseite sollen keine Angaben zur Taxierung der Leistung gemacht werden.
----	--	---

- GKV – Spitzenverband möchte keine Angaben zur Taxierung der Leistungen auf der Rückseite der Verordnung gemacht haben
- Bleibt die Frage, warum das nicht vor einem halben Jahr bekannt gegeben worden ist
- Bleibt die Frage, warum Heilmittelverbände an der Gestaltung und Organisation der RS der Verordnung nicht mitwirken konnten
- Auf welcher Rechtsgrundlage untersagt der GKV-Spitzenverband die Bedruckung der Rückseite?
- Ergebnis: Mehr Unklarheit als ohne FAK



Vier Gründe, warum der GKV-FAK kontraproduktiv ist: 3. Unsinnige Quittung

9.	Reicht es für die Quittierung der Leistungen aus, wenn bei Verordnungen die ab dem 01.01.2021 ausgestellt wurden weiterhin nur Datum, Leistung/Behandlungszeit und die Unterschrift der Versicherten eingetragen werden?	Nein, die Leistungen sind auch durch den Leistungserbringer zu quittieren. Sofern vertraglich der Eintrag eines Namenskürzels vertraglich vereinbart ist, ist dies ausreichend.

- Es gibt KEINE rechtliche Grundlage für diese unsinnige Forderung der GKV.
- Auch eine Nachfrage beim GKV-Spitzenverband konnte dazu keine nachvollziehbare Aufklärung liefern
- Hier soll nur Druck für auf das Schiedsverfahren gemacht werden, um die Forderung nach Namenskürzeln durchzusetzen



Vier Gründe, warum der GKV-FAK kontraproduktiv ist: 4. Erstbefundung

<p>14. Die Erbringung der „Erstbefundung“ ist in den HM-Bereichen Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie vertraglich teilweise an den Beginn eines neuen Regelfalles bzw. an die Erstverordnung gebunden. Mit Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie ist der Regelfall bzw. die Erstverordnung abgeschafft worden. Können weiterhin „Erstbefundungen“ abgegeben/ abgerechnet werden?</p>	<p>Ab dem 01.01.2021: Es gelten die regionalen Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V fort. Es wäre nachvollziehbar, dass „Erstbefundungen“ nicht mehr erbracht werden können, wenn der vertraglich geregelte auslösende Tatbestand nicht mehr eintreten kann.</p>
--	--

- Und der GKV- Spitzenverband tut es wieder: Druck auf das Schiedsverfahren machen, um die eigenen Forderungen durchzusetzen
- Dabei gibt es für die „Nicht-Antwort“ auf die oben angegebene Frage 14 wirklich keine Grundlage



Vier Gründe, warum der GKV-FAK kontraproduktiv ist: 4. Erstbefundung

Anlage 1: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie i. d. F. 01.07.2013
zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie i. d. F. 01.07.2013

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung

Diese Position ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar und vom Versicherten auf Rückseite der Verordnung unter Angabe des Datums als Erstuntersuchung zu bestätigen.

Anlage 1: Leistungsbeschreibung Ergotherapie i. d. F. 15.04.2016
zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V Ergotherapie i. d. F. 15.04.2016

10.7 Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs

Heilmittelpositionsnummer:

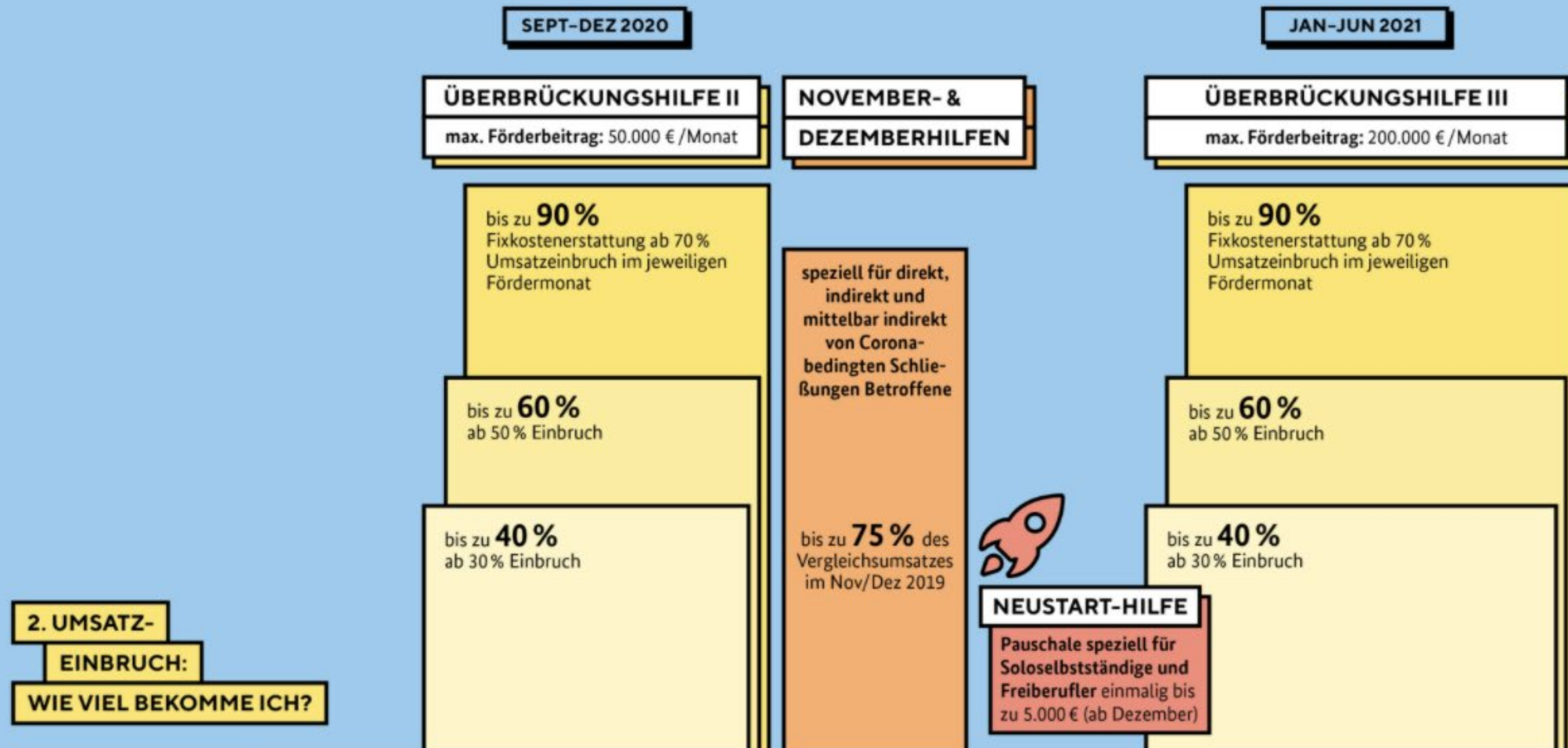
54002 Funktionsanalyse und Anamnese

Diese Position ist nur bei Therapiebeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar. Dies gilt auch dann, wenn die Patientin bzw. der Patient im Laufe einer ergotherapeutischen Maßnahme die therapeutische Praxis wechselt.



Lockdown verlängert (1): Finanzhilfen aufgestockt

Die Überbrückungshilfen und außerordentlichen Wirtschaftshilfen für Unternehmen, Soloselbstständige, Freiberufler und gemeinnützige Organisationen im Über- und Ausblick.



Lockdown verlängert (2)

Je länger der Lockdown andauert, desto eher greift der Frust um sich. Interview mit Dr. Anke Handrock über die Stärkung psychische Stabilität im Lockdown.



**Dr. Anke Handrock im Gespräch
mit Ralf Buchner**

up-aktuell.de

Spickzettel VO-Check: In drei Schritten zum Behandlungsstart

Bei der Verordnungs-Prüfung geht es nicht nur um die Vollständigkeit, sondern um den richtigen Ablauf:

- **Schritt 1:** Kann die Behandlung sofort beginnen?
- **Schritt 2:** Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?
- **Optional Schritt 3:** Extrabudgetäre Verordnung?



Abrechnung
Abrechnung

Spickzettel Verordnungs-Check

Alles was Sie zur schnellen Prüfung von Muster 13 brauchen

Das neue Muster 13 ist inzwischen in allen Praxen angekommen. Gar nicht neu ist die lästige, aber unbedingt notwendige Prüfung der Verordnung auf Vollständigkeit und Gültigkeit. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check vorbereitet. Damit wird die Prüfung an der Rezeption ihrer Praxis zum Kinderspiel.

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?
Die Behandlung kann auch bei unvollständigen oder fehlerhaften Verordnungen begonnen werden, wenn das richtige Formular verwendet wurde (blaues Muster 13 bzw. Ausdruck auf rosa Blankopapier) und die nachfolgenden Angaben auf der Verordnung stehen:

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

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

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?
Die Behandlungsmenge darf für normale Verordnungen die in der Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs angegebene zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dabei gilt für den ganzen Heilmittelkatalog:

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

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistung erbracht werden. Im Verlauf der Behandlung müssen jetzt sonstige notwendige Ergänzungen und Korrekturen bis spätestens zur Abrechnung erledigt werden. Hat der Arzt die Höchstmenge je Verordnung überschritten, müssen Sie jetzt noch in Schritt drei prüfen, ob Sie diese zusätzlichen Behandlungseinheiten möglicherweise doch erbringen und abrechnen dürfen.

Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre Verordnung?
Liegt bei dem Patienten ein langfristiger Behandlungsbedarf (LHB) oder ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) vor, kann der Arzt Behandlungseinheiten über die Höchstmenge je Verordnung hinaus verordnen – und zwar für einen Zeitraum von zwölf Wochen. Daher müssen in diesem Schritt drei Punkte geprüft werden:

- Steht die behandlungsbegründende Diagnose der jeweiligen Verordnung auf der Diagnoseliste des LHB (Anlage 2 HeiM-RL) oder auf der Diagnoseliste des BVB? Ein Blick in die verordnete Diagnosegruppe des HKM reicht. Einige Patienten haben einen langfristigen Hm-Bedarf genehmigt bekommen. Auch dann liegt ein LHB vor. Steht die Diagnose für diese Diagnosegruppe nicht in einer der beiden extrabudgetären Listen oder liegt kein individueller LHB vor, muss die Höchstverordnungs menge eingehalten werden.
Haben Sie die Diagnose in einer der beiden extrabudgetären Listen der verordneten Diagnosegruppe gefunden, steht der nächste Punkt zur Prüfung an.
- Einige, nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch Altersangaben (z. B. älter als 70, jünger als zwölf etc.) eingeschränkt. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Außerdem werden manche extrabudgetären Diagnosen durch einen Zeitraum begrenzt, z. B. nach bestimmten Ereignissen (Unfall, OP etc.). Wird z. B. das OP-Datum im Diagnosefeld mit angegeben (aber auch nur dann), können Sie überprüfen, ob der Zeitraum eingehalten worden ist. Ergibt Ihre Berechnung in einem solchen Fall, dass ein Patient nicht alt genug oder zu alt ist, oder der Zeitraum seit dem Akutereignis überschritten wurde, dann gilt die Verordnung nicht als extrabudgetär, die Höchstverordnungs menge je Verordnung muss eingehalten werden.
Stimmen Alter und sonstige Einschränkungen, müssen Sie nur noch den letzten Punkt prüfen.
- Die Behandlungseinheiten sollen in einem Zeitraum von zwölf Wochen erbracht werden können. Dazu rechnet man die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne. Das Ergebnis sollte kleiner oder gleich zwölf sein. Ist das Ergebnis Ihrer Prüfung größer als zwölf können Sie nach Rücksprache mit dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Frequenzspanne anpassen.
Für alle Fälle, bei denen die Höchstverordnungs menge überschritten worden ist, gilt, dass eine Änderung der Menge nicht notwendig ist. Die zu viel verordneten Behandlungseinheiten verfallen einfach. Darüber sollte der Arzt jedoch informiert werden, damit er seine Budgetbuchhaltung entsprechend korrigieren kann.
Aufpassen: Behandlungen über die zulässige Höchstverordnungs menge je Verordnung oder bei extrabudgetären Verordnungen über die kalkulatorische zwölf-Wochen-Frist hinaus, werden von den Kassen nicht bezahlt. [14]

Spickzettel Verordnungs-Check

Alles was Sie zur schnellen Prüfung von Muster 13 brauchen

Das neue Muster 13 ist inzwischen in allen Praxen angekommen. Gar nicht neu ist die lästige, aber unbedingt notwendige Prüfung der Verordnung auf Vollständigkeit und Gültigkeit. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check vorbereitet. Damit wird die Prüfung an der Rezeption ihrer Praxis zum Kinderspiel.

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?

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

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

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

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?

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

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

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

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

Zuzahlungsfrei Krankenkasse bzw. Kostenträger: **Techniker Krankenkasse** 01

Zuzahlungspflicht Name, Vorname des Versicherten: **Benjamin Müller** geb. am: **09.12.60**

Ursachefolgen Adresse: **Musterstraße 42, D 24111 Kiel**

BVG Kostenträgerkennung: **101377508** Versicherten-Nr.: **K746928527** Status: **1000000**

Betriebsstätten-Nr.: **019964200** Arzt-Nr.: **366719610** Datum: **07.01.2021**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code: **I64** **Schlaganfall am 12.11.2020**

Diagnosegruppe **ZN** **Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog** a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben): **Schädigung/Störung der Muskelfunktion**

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
KG-ZNS als Doppelbehandlung	120
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht **Hausbesuch** ja nein **Therapiefrequenz** **1-5x wöchentlich**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
366719610 019964200
Dr. med. Stefan Bringhaus
Neurologe
Dümmelsbeker Weg 30, 24300 Kiel
Tel. 384408 Fax 334409
Muster 13 (10.2020)

9 = längstens 1 Jahr nach Akutereignis

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

Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre Verordnung?

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

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

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

b) Einige, nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch Altersangaben (z. B. älter als 70, jünger als zwölf etc.) eingeschränkt. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Außerdem werden manche extrabudgetären Diagnosen durch einen Zeitraum begrenzt, z. B. nach bestimmten Ereignissen (Unfall, OP etc.). Wird z. B. das OP-Datum im Diagnosefeld mit angegeben (aber auch nur dann), können Sie überprüfen, ob der Zeitraum eingehalten worden ist. Ergibt Ihre Berechnung in einem solchen Fall, dass ein Patient nicht alt genug oder zu alt ist, oder der Zeitraum seit dem Akutereignis überschritten wurde, dann gilt die Verordnung nicht als extrabudgetär, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung muss eingehalten werden.

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

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

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

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



Extrabudgetär verordnen lassen

Schwerpunkt Extrabudgetäre Verordnungen

Extrabudgetär verordnen lassen

So überzeugen Sie Vertragsärzte und holen die beste Versorgung für Ihre Patienten heraus

Ärzte halten sich bei der Heilmittelverordnung zurück, weil sie Angst vor einem Regress haben. Das ist verständlich, aber häufig unnötig. Denn es gibt eine einfache Lösung: extrabudgetäre Verordnungen. Wie der Name schon sagt, belasten sie das Heilmittelbudget der Ärzte nicht und bieten Patienten gleichzeitig eine bessere Versorgung. Doch leider kommen sie zu wenig zum Einsatz. Auf den folgenden Seiten lesen Sie, wie bei besonderen Verordnungsbedarfen und langfristigen Heilmittelbedarfen richtig verordnet wird und wie Sie die Verordnungsbereitschaft der Ärzte erhöhen.

Schwerpunkt Extrabudgetäre Verordnungen



Teil 02 Verordnen ohne wirtschaftliches Risiko

Besonderer Verordnungsbedarf und langfristiger Heilmittelbedarf



16 | up 02.2021

Manche Diagnosen erfordern besonders viel Therapie. Dazu können etwa ein plötzlich eingetretenes Ereignis wie ein Schlaganfall oder eine angeborene Erkrankung wie Mukoviszidose gehören. Damit Ärzte diesen Patienten die nötige Heilmitteltherapie verordnen können ohne ihr Budget zu sprengen, gibt es die Möglichkeit der extrabudgetären Verordnung. Dazu zählen der „Besondere Verordnungsbedarf“ (BVB) und der „Langfristige Heilmittelbedarf“ (LHB). Wir zeigen Ihnen, was dabei zu beachten ist. Bei bestimmten Erkrankungen ist von Anfang an klar, dass Patienten einen erhöhten Therapiebedarf haben werden, der nicht über die orientierende Behandlungsmenge abzudecken ist. Damit diese Patienten nicht das Budget der Ärzte überstrapazieren bzw. nicht jedes Mal eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der extrabudgetären Verordnung geschaffen. Hier ein kurzer Überblick, bevor wir auf den folgenden Seiten auf die Feinheiten eingehen.

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband legen in einer gesonderten Diagnoseliste fest, bei welchen Erkrankungen Patienten oftmals mehr Heilmittel benötigen und daher einen besonderen Verordnungsbedarf (BVB) haben. Zudem haben die KV Sachsen und die KV Nordrhein zusätzlich regionale besondere Verordnungsbedarfs bzw. Praxisbesonderheiten vereinbart. Anders als beim langfristigen Heilmittelbedarf werden die Kosten für BVB-Verordnungen erst bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen der Vertragsärzte herausgerechnet. Wie beim LHB wird auch beim BVB die medizinische Begründung nicht mehr auf der Verordnung dokumentiert. Es reicht die Dokumentation in der Arztpraxis. Heilmittelerbringer können die Ärzte hier mit ihren Therapieberichten unterstützen (Mehr dazu auf Seite 18).

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Der G-BA hat eine Liste mit Indikationen festgelegt, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Für Diagnosen, die auf dieser Liste stehen, ist ein gesondertes Antrags- und Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen nicht erforderlich. Ist die Erkrankung jedoch nicht aufgeführt, können Patienten bei ihrer Krankenkasse einen individuellen Antrag auf Genehmigung stellen (mehr zum langfristigen Heilmittelbedarf lesen Sie ab Seite 20). LHB-Verordnungen sind sicher extrabudgetär und unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Frequenzdiskussion beendet

Auf LHB- und BVB-Verordnungen können direkt Heilmittel für bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Dabei muss die Verordnungsmenge in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu zwölf Wochen nicht überschritten wird. Bisher war es dabei ein Problem, dass die meisten Krankenkassen bei einer Frequenzspanne (von – bis) immer auf den niedrigsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge zurückgegriffen haben. Mit der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie hat sich das geändert, denn § 7 Abs. 6 stellt klar, „dass im Falle der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.“

Ein Beispiel:

Nach der neuen Regelung gilt für 24 Behandlungseinheiten KG mit einer Frequenz 1-2 pro Woche die GKV-Berechnung: $24/2 = 12$. Die Verordnungsmenge auf der VO ist gültig. Zum Vergleich: Früher hätten die meisten Krankenkassen $24/1 = 24$ gerechnet und damit eine ungültige Menge festgestellt.

Was bedeutet „extrabudgetär“?

Jeder Arzt hat für die Verordnung von Heilmitteln ein Budget. Wie dieses bestimmt wird, hängt von der jeweiligen KV ab. Budgets, die sich durch Heilmittel-Richtgrößenvolumen ergeben, sind vorab bekannt. Werden diese um mehr als 25 Prozent oder die Fachgruppendurchschnitte um mehr als 50 Prozent überschritten, kann der Arzt in Regress genommen werden. Ergibt sich das Budget aus den Durchschnittsverordnungen der jeweiligen Facharztgruppe, wird es im Nachhinein ermittelt. In beiden Fällen gilt: Das Budget des Arztes hängt von statistischen Durchschnittswerten ab (Heilmittel-Richtgrößenvolumen oder Budgetierung nach Durchschnittsverordnungen). Nicht „durchschnittliche“ Verordnungen werden aus dem Budget herausgerechnet, sie sind dann extrabudgetär.



Teil 4 Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

4 Schritte zum Ziel

1. Schwere und Dauer der Erkrankung definieren

Check: Liegt eine schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung vor und umfasst der Heilmittelbedarf mindestens ein Jahr?

⇒ Nur wenn alle drei Punkte mit Ja beantwortet werden können, liegt ein langfristiger Heilmittelbedarf vor.

2. Diagnoselisten überprüfen

Check 1: Steht die Erkrankung auf der Diagnoseliste in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig.

Wenn nein:

Check 2: Steht die Erkrankung auf der Diagnoseliste zu besonderen Verordnungsbedarfen und sind dort alle aufgelisteten Nebenbedingungen erfüllt?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig.

Wenn nein:

Check 3: Gibt es alternative Diagnosen oder Sekundär-Codes, die auf einer der beiden Listen stehen?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig. Dann sollten Sie die Diagnosen einfach anpassen lassen.

3. Nach Vergleichbarkeit suchen

Können Sie alle oben genannten Punkte mit Nein beantworten, gibt es noch die Möglichkeit, in den Diagnoselisten nach Erkrankungen bzw. Schädigungen zu suchen, die mit denen des Patienten vergleichbar sind. Dies können auch mehrere sein.

4. Antrag bei der Krankenkasse stellen

Generell muss der Arzt, der die Heilmittel verordnet, auch die Begründung für den Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf verfassen. Er kann aber auch auf Fremdbefunde zurückgreifen – also auf Ihre Therapieberichte. Die Patienten senden dann den schriftlichen Antrag, eine Kopie einer gültigen Verordnung sowie der medizinischen Begründung an ihre Krankenkasse.

Achtung: Die Heilmittel-Behandlung kann weitergeführt werden, solange der Antrag läuft. Die verordnete Höchstverordnungs menge je Verordnung dürfen Sie jedoch nicht überschreiten. Auf Seite 24 lesen Sie, wie Sie die Verordnungsbereitschaft der Ärzte erhöhen.

Die Krankenkasse hat dann vier Wochen Zeit, den Antrag zu prüfen. Ihr Patient sollte dabei unbedingt darauf verzichten, bei der Kasse nachzufragen. Denn überschreitet die Krankenkasse die Frist, gilt der Antrag automatisch als genehmigt. Sollte er abgelehnt werden, ist unbedingt Widerspruch einzulegen.

Ärzte auf extrabudgetäre Verordnungen aufmerksam machen

Obwohl Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf extrabudgetär sind und somit nicht bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte herangezogen werden, ist noch immer nicht allen Ärzten bekannt, wie sie extrabudgetär verordnen können. Sie können die Ärzte jedoch darauf aufmerksam machen – wie Sie das am besten anstellen und welche Möglichkeiten es gibt, lesen Sie ab Teil 5 in diesem Schwerpunkt.

Hinweis: Für Zahnärztliche Verordnungen gibt es übrigens keine Diagnoselisten, weil Zahnärzte kein Budget einzuhalten haben. Daher spielen extrabudgetäre Verordnungen hier keine Rolle. Aber auch mit einer zahnärztlichen Verordnung und Begründung kann der Patient einen langfristigen Heilmittelbedarf bei seiner Krankenkasse beantragen.

1. ICD-10	2. ICD-10	DIAGNOSE	DIAGNOSEGRUPPE			
			PHYSIO-THERAPIE	ERGOT-THERAPIE	STIMM-, SPRACH-, SCHLUCKTHERAPIE	HINWEIS/ SPEZIFIKATION
ZUSTAND NACH OPERATIVEN EINGRIFFEN DES SKELETTSYSTEMS						
M23.5	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenks	EX/LY	SB2		längstens 6 Monate nach Akutendigung
M24.41	Z98.8	Hebilitative Luxation und Subluxation eines Gelenks; Schultergelenk	EX	SB2		
Z89	Z98.8	Schultergelenkverlust	EX	SB2		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX	SB2		
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	EX/LY	SB2		
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX/LY	SB2		
ERKRANKUNGEN DES LYMPHSYSTEMS						
C80-C87		Ektartige Neubildungen	LY			Einseitige Neubildungen nach OP Radikal, insbesondere bei einseitigem Melanom -Mammakarzinom -Malignome Kopf/ Hals -Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane)
I89.01		Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium I	LY			
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium II				
I89.04		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III				
I97.21		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium I				
I97.22		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II				
I97.82		Lymphödem nach medikationellen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium I				
I97.83		Lymphödem nach medikationellen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.85		Lymphödem nach medikationellen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium I				
I97.86		Lymphödem nach medikationellen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II				
Q82.01		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium I				
Q82.02		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium II				
Q82.04		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium I				
Q82.05		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				

Ausschnitt aus der Diagnoseliste der KBV in der Diagnosen des LHB und des BVB gemeinsam gelistet sind



Teil 05 Verordnungsbereitschaft erhöhen

Wie Sie mit aussagekräftigen Berichten die Begründung für den Therapiebedarf liefern

Ärzte müssen den langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) medizinisch begründen, sofern die Diagnose nicht in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet ist und die Patienten einen Antrag bei ihrer Krankenkasse auf LHB stellen müssen (§ 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie). Die wenigsten Ärzte haben die Zeit und Lust, eine ausführliche medizinische Begründung zu schreiben, einigen fehlen auch wichtige Informationen. Überlassen Sie also nichts dem Zufall und liefern Sie dem Arzt mit Ihrem Bericht die Begründung für den Therapiebedarf. Ärzte dürfen dafür nämlich auf Fremdbefunde zurückgreifen (§§ 6a, Abs. 1 und 2 HeilM-RL). Wie Sie dabei am besten vorgehen, zeigen wir Ihnen kompakt zusammengefasst.

Punkt 1 | Therapiebedarf definieren

Der Therapiebedarf wird in § 3 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie wie folgt definiert:

„Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen,
- ihre Verschlimmerung zu verhüten,
- Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- oder zu mindern.“

Für Sie bedeutet das: Nutzen Sie diese sieben Indikations-Korridore, um in Ihren Therapieberichten zu begründen, warum es wichtig ist, Heilmitteltherapie zu verordnen. Sie sollten Standard und Basis eines jeden Therapieberichts sein.

Exkurs

Begutachtungsanleitung Heilmittel

Die Grundstruktur der medizinischen Begründung umfasst den Therapiebedarf sowie die Therapiefähigkeit, -prognose und das -ziel (§ 8 Abs. 5 HeilM-RL). Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDK) definiert in der Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V „Ärztlich verordnete Heilmittel“ die Inhalte. Die Begutachtungsanleitung können Sie hier herunterladen: <https://tinyurl.com/y55twvm8>

Punkt 2 | Zustand der Patienten ermitteln

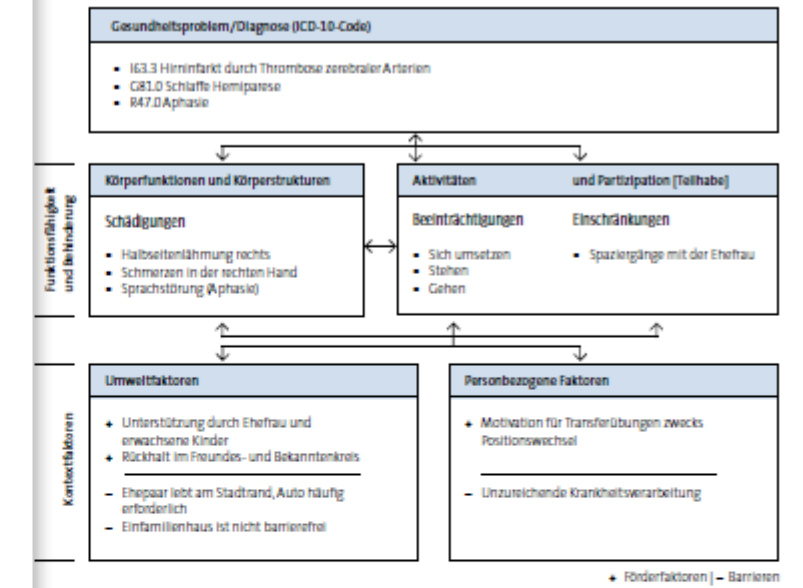
„Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind“, so steht es in § 3 Abs. 3 der Heilmittel-Richtlinie.

Für Sie bedeutet das: Unterstützen Sie die verordnenden Ärzte dabei, indem Sie den Zustand des Patienten selbst ermitteln und im Therapiebericht aufnehmen.

Punkt 3 | Indikation konkretisieren

Laut § 3 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie ist die alleinige Diagnose keine Begründung für die Verordnung von Heilmitteln. Sie ergibt sich vielmehr „aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“

Für Sie bedeutet das: Unterstützen Sie die Ärzte mit zusätzlichen Informationen, indem Sie die Notwendigkeit der Therapie mithilfe der Indikationsbeschreibung begründen. Dafür eignet sich etwa das bio-psycho-soziale Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Diese vercodet die Lebensqualität – ein Aspekt, der in der Heilmittel-Richtlinie von immer größerer Bedeutung ist – und zeigt die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF auf. Diese umfassen: Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe), Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren.



Die Grafiken sind Teil einer ICF-Serie in up_therapiemanagement 02/2020 bis 08/2020. up-Abonnenten finden die Beiträge online unter www.up-aktuell.de → up_therapiemanagement

Tipp: Die HMKAPP bietet die Möglichkeit, für die einzelnen Diagnosegruppen ICF-Befundbögen zu erstellen. Klicken Sie in dem Reiter dafür rechts auf das Feld ICF. Dann öffnet sich eine Maske mit Auswahlmöglichkeiten zum Alter des Patienten, zu Beruf/Schule/Ausbildung, zur Körperregion und zu den in Frage kommenden ICF-Klassifikationen. Den Befundbogen können Sie dann als Grundlage für den Bericht nutzen.

Sie können über die App auch einen Patientenfragebogen ausdrucken, den der Patient dann selbst ausfüllt. Zum einen können Sie so Ihre Therapieplanung darauf abstimmen und zum anderen kann der Patient den Bogen direkt seinem Arzt als Befund mitgeben.

Tipps für den „perfekten“ Therapiebericht

- Machen Sie sich als allererstes bewusst, was Sie dem Arzt in dem ausführlichen Therapiebericht inhaltlich liefern müssen, damit er weiter verordnet. Denn genau das ist das Ziel, das Sie mit dem Therapiebericht verfolgen
- Legen Sie dann fest, wie der Bericht sprachlich und optisch aufbereitet sein muss. Fragen Sie auch den Arzt ruhig, wie der Bericht aussehen muss, damit er für ihn einen Mehrwert hat und stimmen sie sich über die Form, den Umfang und die Übermittlung ab

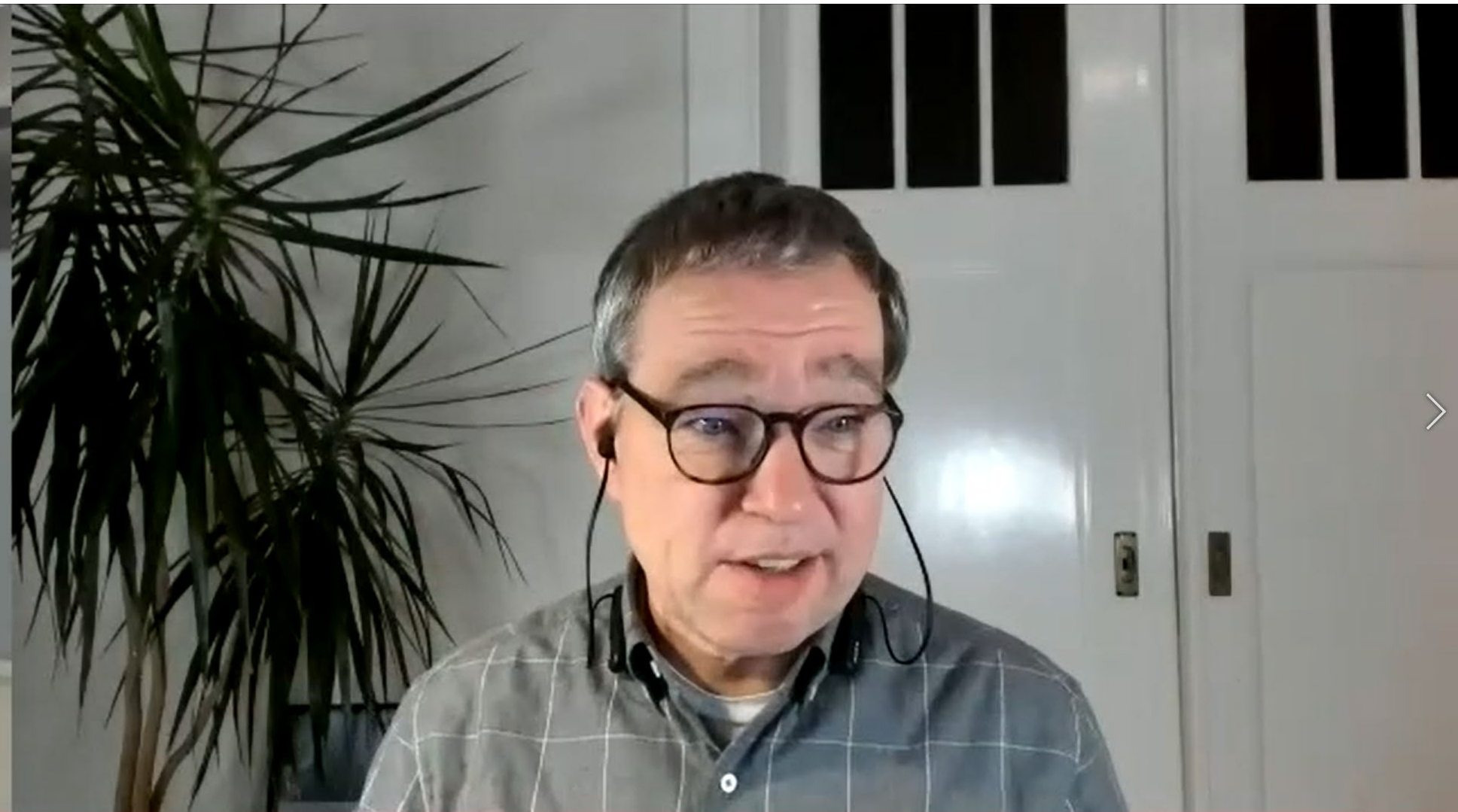
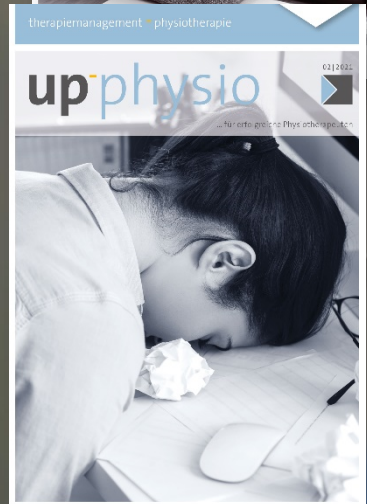
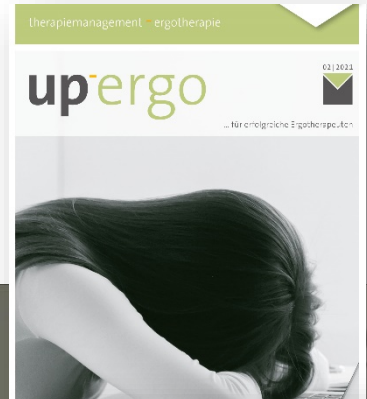
In einen Therapiebericht gehört zudem immer auch eine prognostische Einschätzung von Ihnen. Verwechseln Sie eine solche Prognose aber nicht mit einer Empfehlung. Diese ist hier nicht angebracht

Tipp: Wenn Sie mit den Ärzten in Kontakt treten, dann verdeutlichen Sie, welche Vorteile Ihr Therapiebericht hat: Er dient als Beleg für die ärztliche Dokumentation, als Nachweis für Regressverfahren und gibt Aufschluss über den aktuellen Befund, z. B. über ICF. Das wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit dem Arzt aus. Weitere Tipps für die Kommunikation mit Ärzten lesen Sie auf Seite 26.



Das passt: up | Therapiemanagement

- Wie man als Therapeut dem Arzt beim extrabudgetären Verordnen helfen kann



Dr. Barbara Wellner im Gespräch
mit Ralf Buchner

up-aktuell.de

up | Netzwerktreffen am 5./6. März online

up | Netzwerktreffen ONLINE

[Das Treffen](#) [Netzwerken](#) [Agenda](#) [FAQ](#) [ANMELDEN](#)

up | Netzwerktreffen online 05. + 06.03.2021

Die Onlinetreffen in Deutschlands spannendster Community für Therapeuten.

Kollegen online treffen, Kurzvorträge, Diskussionen, Fragerunden, Experten. Anmelden und teilnehmen.

[JETZT ANMELDEN](#)

www.buchner.de/netzwerktreffen

Programm am Freitag, 5.3.

Vortragsthemen

1: HeilM-RL gegen Krankenkassen durchsetzen

2: Extrabudgetär verordnen und behandeln

3: Gehaltsverhandlungen optimieren

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie hat vieles verändert. Das müssen sowohl die verordnenden Ärzte, als auch die Krankenkassen als Kostenträger lernen. Wir beleuchten wichtige Details der Heilmittel-Richtlinie und zeigen, wie man sich gegen ungerechtfertigte Kürzungen und Absetzungen der Krankenkasse zur Wehr setzt.

Es erwarten Sie 2 Vorträge zum Thema. Sie können jederzeit entscheiden, an welchem Vortrag Sie teilnehmen möchten oder auch zwischendurch den Vortrag wechseln.

15:00 Uhr Endlich Doppelbehandlungen:

In der Neufassung der HeilM-RL wird zum ersten Mal die Doppelbehandlung als Verordnungsmöglichkeit ausdrücklich erwähnt. So klappt es zukünftig mit der Intensivtherapie.
Im Anschluss: Fragerunde zum Thema und kurze Pause.

16:30 Uhr Krankenkassen in Verzug setzen:

So verhält man sich bei ungerechtfertigten Absetzungen oder Kürzungen und setzt die betreffende Kasse in Verzug, mit Zinsen und Bearbeitungsgebühr.
Im Anschluss: Fragerunde zum Thema und kurze Pause.

Programm am Samstag, 6.3.

Vortragsthemen

1: HeilM-RL gegen Krankenkassen durchsetzen

2: Extrabudgetär verordnen und behandeln

3: Gehaltsverhandlungen optimieren

Der Wegfall der Verordnungen außerhalb des Regelfalls zwingt Ärzte und Therapeuten noch mehr dazu, sich Gedanken über die Begründung einer längerfristigen Therapie zu machen. Das Konzept der **extrabudgetären Heilmittelversorgung** spielt dabei indikationsbezogen eine wichtige Rolle.

Es erwarten Sie 3 Vorträge zum Thema. Sie können jederzeit entscheiden, an welchem Vortrag Sie teilnehmen möchten oder auch zwischendurch den Vortrag wechseln.

09:00 Uhr Geriatrisches Syndrom – extrabudgetär versorgen:

Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr können regelmäßig extrabudgetär versorgt werden. Wir zeigen den Spielraum der verordnenden Ärzte.

Im Anschluss: Fragerunde zum Thema und kurze Pause.

10:30 Uhr Extrabudgetäre Versorgung nach operativen Eingriffen:

So können Patienten nach bestimmten OPs sehr effektiv ohne Budgetbelastung mit Heilmitteln, inklusive Lymphdrainage versorgt werden.

Im Anschluss: Fragerunde zum Thema und kurze Pause.

12:00 Uhr Individueller langfristiger Heilmittelbedarf:

So unterstützt man Patienten beim Antrag auf den LHB und organisiert bei Ablehnung den Widerspruch.

Im Anschluss: Fragerunde zum Thema und kurze Pause.

heilmittelkatalog.app

The screenshot shows the main interface of the app. At the top, there is a search bar with the text 'Begriff oder Diagnose suchen...'. Below the search bar, there are five main navigation tabs: 'PHYSIO' (blue), 'PODO' (yellow), 'LOGO' (red), 'ERGO' (green), and 'ERNÄHRUNG' (purple). Underneath these, there are smaller tabs for 'WS', 'EX', 'CS', 'ZN', 'PN', 'AT', 'GE', 'LY', 'S01', 'S02', 'S03', 'S04', and 'S05'. The main content area is titled 'Diagnosegruppe WS' and 'Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane'. Below this, it shows '1.1 Wirbelsäule' and 'Vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln'. A progress bar at the bottom of the main content area indicates four steps: '1 Diagnose', '1a Extrabudgetär', '2 Leitsymptomatik', '3 Heilmittel', and '4 Menge & Frequenz'. The current step is '1 Diagnosegruppe identifizieren', which includes the instruction 'Mindestens 1 behandlungsrelevante Diagnose auf Verordnung. Empfohlen als ICD-10.' Below this, there is a section for 'Wirbelsäulenerkrankungen' with examples like 'Blockierungen', 'Degenerative WS-Erkrankungen', 'Wirbelsäulenverletzungen', and 'Spondylolisthesis (M43.1-)'. On the right side of the main content area, there are two circular icons labeled 'ICF' and a document icon.

The screenshot shows a different view of the app. At the top, there is a search bar with the text 'Begriff oder Diagnose suchen.' and a 'Hilfe & Infos' link. Below the search bar, there is a section titled 'Heilmittelkatalog' with five colored buttons representing therapy types: 'PHYSIOTHERAPIE' (blue), 'PODOLOGIE' (yellow), 'LOGOPÄDIE' (red), 'ERGOTHERAPIE' (green), and 'ERNÄHRUNGSTHERAPIE' (purple). Below this, there is a section titled 'Indizes & Nachschlagen' with a list of links: 'Diagnosen & Extrabudgetäre VO', 'Diagnosen inkl. ICD-10 Codes', 'Diagnosenindex', 'Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)', 'Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)', 'Heilmittel & Heilmittel-Richtlinien', 'Heilm-RL', 'Heilm-RL Zahnärzte', and 'Verordnungsfähige Heilmittel inkl. Beschreibung & Zuordnungen'.

Offener Brief an Physio Deutschland

██████████, den 29.01.2021

Honorarhöhe/Hygienepauschale
Mitglied-Nr. BL ██████████

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin seit vielen Jahren Inhaberin einer Physiotherapiepraxis und ebenso schon viele Jahre Mitglied im ZVK. Ich bin seit langem schon sehr unzufrieden mit den Ergebnissen Ihrer Arbeit, was die Interessenvertretung der dem ZVK angehörenden Physiotherapeuten angeht. Nicht nur darüber, dass es über 30 Jahre gedauert hat, bis es zu einer Angleichung der Honorare zwischen Ost und West gekommen ist, sondern auch über die bis heute nicht gelungene Durchsetzung berechtigter Honorarforderungen in wirtschaftlich tragfähiger Höhe für die Praxen und deren Anerkennung durch die Kassen. Dieses Problem ist seit Eir

1. Wie wollen Sie sicherstellen, dass die vom Verband ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte Entlohnung darstellen und eine wirtschaftliche Praxisführung ermöglichen?
2. Woher wollen Sie die notwendigen Argumente beziehen, um diesen Anspruch gegenüber den Krankenkassen auch plausibel nachweisen zu können, denn nur so wird man gegen diese mächtigen Kassen bestehen können?!
3. Wie wollen Sie Ihren Teil dazu beitragen, dass alle Interessenvertreter der Physiotherapeuten (also die 4 großen Verbände) mit einer Stimme sprechen und sich nicht gegenseitig behindern (wie oft genug in der Vergangenheit geschehen) und so den Krankenkassen in die Hände spielen?
4. Warum ist es von Ihrer Seite unterbleiben, sich für eine höhere Hygienepauschale einzusetzen bzw. warum war es so wenig erfolgreich (falls Sie sich doch eingesetzt haben sollten), obwohl die Diskrepanz zwischen den gezahlten 1,50 €/Verordnung und den tatsächlichen Kosten so offensichtlich und nachweisbar ist?
5. Wie wollen Sie bezüglich der Hygienepauschale weiter vorgehen? Was ist von Ihrer Seite aus geplant, um doch noch zu einer kostendeckenden Lösung zu kommen?

Wenig Aufwand für hilfreiche Daten

Heilmittel-Wirtschaftsbericht: Praxismanagement der Heilmittelpraxen – Kostenerhebung

up unternehmen praxis

1.1. Welche Möglichkeiten der Terminvergabe bietet Ihre Praxis an? <small>Hinweis: Mehrfachantworten möglich</small>	Ankreuzen
Terminvergabe bei persönlichem Erscheinen	<input type="checkbox"/>
Telefonisch, persönlich	<input type="checkbox"/>
Telefonisch mit Anrufbeantworter und Rückruf	<input type="checkbox"/>
Anrufbeantworter mit automatischer Assistenz	<input type="checkbox"/>
Über die eigene Website	<input type="checkbox"/>
Über ein Onlineportal	<input type="checkbox"/>
Per Messenger (z. B. WhatsApp o. Ä.)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

1.2. Wie werden vereinbarte Termine verwaltet?
Hinweis: Mehrfachantworten möglich

1.6. Spielt die Qualifikation des Therapeuten eine Rolle bei der Terminvergabe? <small>Hinweis: Mehrfachantworten möglich</small>	Ankreuzen
Ja, wegen der Zertifikatspositionen	<input type="checkbox"/>
Ja, wir versuchen die passende fachliche Qualifikation für die jeweilige Indikation zuzuordnen	<input type="checkbox"/>
Ja, bei Privatpatienten	<input type="checkbox"/>
Ja, wenn es von den Ressourcen her möglich ist	<input type="checkbox"/>
Nein, das klappt bei den engen Terminplänen nicht	<input type="checkbox"/>
Nein, das ist nicht nötig, weil alle Therapeuten die notwendigen fachlichen Qualifikationen haben	<input type="checkbox"/>

1.7. Finden regelmäßige Mitarbeiterschulungen zum Terminmanagement statt?



Wenn Sie lieber **online teilnehmen** möchten:

www02.surveygrid.com/online/ZW2T/HMWB2021

Das **Kennwort lautet: HMWB2021**



Der heiße Therapeutenstuhl

04. Februar 2021, 19:30 Uhr



[Jetzt anmelden](#)

Lust auf Reden statt Chatten? Jeden Mittwoch um 20:00 Uhr



Jeden Mittwoch um 20:00 Uhr
mit unterschiedlichen
Gastgebern und allen
Therapeuten, die Lust auf
Austausch haben...

- Kostenlos
- Ohne Agenda
- Nur miteinander reden
- Austauschen
- Kennenlernen
- Kontakt halten

ÜBER UNS

■ Know-how und Engagement für Ihren Praxiserfolg

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

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

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



■ Unsere Überzeugung

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

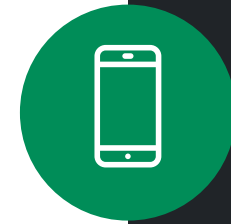
■ Freiraum für Therapie...

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

KONTAKT DATEN



24149 Kiel



+49 431 720 000



info@buchner.de



www.buchner.de



www.up-aktuell.de

 facebook.com/buchner.de

 facebook.com/unternehmenpraxis

