

Gleich geht es los mit dem

up_Nachrichten Webcast #32

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 #32 ■

Dienstag, 30.03.2021

Vorankündigung

Der nächste reguläre
up_Nachrichten Webcast findet wie
gehabt am 1. Mittwoch im Monat
statt, also am 7. April 2021



Politik



CDU-Politiker Kühne

Lobbyist in eigener Sache

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Roy Kühne setzt im vergangenen Jahr einen millionenschweren Rettungsschirm für Physiotherapeuten durch - und profitiert mit seinem Unternehmen selbst davon.

Von Petra Blum, Lena Kampf, Kristiana Ludwig und Angelika Slavik, Berlin

Das ist bis heute passiert (30.03.2021)

- **Corona Update:**
 - G-BA verlängert Corona-Sonderregelungen
 - GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich
- **Praxis als Testzentrum:** BMG aktualisiert Corona-Testverordnung
- **Nicht TSVG konform:** Der Logopädie-Versorgungsvertrag hätte niemals unterschrieben werden dürfen
- **Bravouröse Bauchlandung:** Physiotherapie-Versorgungsvertrag erneut gescheitert
- **Neue Versorgungsverträge später anerkennen:** Die Krankenkassen einfach #ZappelnLassen

Corona-Update G-BA verlängert Sonderregelungen 1/4

Schema über die aktuell bundeseinheitlich geltenden COVID-Sonderregelungen in Richtlinien des G-BA zu Veranlassten Leistungen und zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Servicedokument; Die rechtsverbindlichen Details inklusive der Geltungsdauer sind den Beschlüssen zu entnehmen.

Stand: 18.03.2021

Geltung bis zum 30.06.2021¹:

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach telefonischer Anamnese²

Geltung bis zum 30.09.2021²:

Videobehandlung bei

- Heilmitteln
- psychiatrischer HKP
- Soziotherapie

Verlängerte Vorlagefrist bei der Krankenkasse von 3 auf 10 Tage für Verordnungen von

- HKP
- Soziotherapie
- SAPV

Verordnungen nach telefonischer Anamnese bei:

- Krankentransport
- Folgeverordnungen für
 - HKP
 - Hilfsmittel
 - Heilmittel

Erleichterte Vorgaben für Verordnungen:

- Heilmittel-Verordnungen:
 - bleiben auch im Falle einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen gültig
- HKP-Folgeverordnungen:
 - bis zu 14 Tage rückwirkend möglich
 - müssen nicht in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt werden
 - bei längerfristiger HKP-Folgeverordnung: keine Begründungspflicht

Geltung bis zum Auslaufen des Bundestagsbeschlusses über die epidemische Lage:

Krankentransporte von COVID-Erkrankten oder Verdachtsfällen genehmigungsfrei³

Entlassmanagement: Verlängerter Zeitraum für die Verordnung von HKP, SAPV, ST, Hilfs- und Heilmitteln sowie für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit von 7 auf 14 Kalendertage⁴

Corona-Update

G-BA verlängert Sonderregelungen 2/4

Stand: 18.03.2021

	Richtlinie	Ausnahmeregelung	Regelungsort in der RL	Beschluss	Befristung
5.	Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)	Folgeverordnung/Verordnungen außerhalb des Regelfalls bzw. erneute Verordnung nach telefonischer Anamnese	§ 2a Absatz 1 Nummer 1 HeilM-RL	Beschluss vom 18.03.2021⁶ in Verbindung mit dem Grundlagenbeschluss vom 17.09.2020	bis 30.09.2021
		Aussetzung der Vorgabe, wonach Verordnungen von Heilmitteln im Falle einer Unterbrechung der Leistung von mehr als 14 Tagen ihre Gültigkeit verlieren	§ 2a Absatz 1 Nummer 2 HeilM-RL		bis 30.09.2021
		Stimm-, Sprech- Sprachtherapie, Ergotherapie, bestimmte Arten der Physiotherapie und Ernährungstherapie als Videobehandlung	§ 2a Absatz 1 Nummer 3 HeilM-RL		bis 30.09.2021

Corona-Update

G-BA verlängert Sonderregelungen 3/4

Stand: 18.03.2021

	Richtlinie	Ausnahmeregelung	Regelungsort in der RL	Beschluss	Befristung
6.	Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ)	Folgeverordnung/Verordnungen außerhalb des Regelfalls bzw. erneute Verordnung nach telefonischer Anamnese	§ 2a Absatz 1 Nummer 1 HeilM-RL ZÄ	Beschluss vom 18.03.2021⁷ in Verbindung mit dem Grundlagenbeschluss vom 17.09.2020	bis 30.09.2021
		Aussetzung der Vorgabe, wonach Verordnungen von Heilmitteln im Falle einer Unterbrechung der Leistung von mehr als 14 Tagen ihre Gültigkeit verlieren	§ 2a Absatz 1 Nummer 2 HeilM-RL ZÄ		bis 30.09.2021
		Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie als Videobehandlung	§ 2a Absatz 1 Nummer 3 HeilM-RL ZÄ		bis 30.09.2021

Corona-Update

G-BA verlängert Sonderregelungen 4/4

Solange der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat (derzeit bis zum **30. Juni 2021**) gilt:

Stand: 18.03.2021

	Richtlinie	Ausnahmeregelung	Regelungsort in der RL	Beschluss	Befristung
	Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)	Verlängerung des Verordnungszeitraums im Rahmen des Entlassmanagements von 7 auf 14 Kalendertage	§ 2a Absatz 2 HeilM-RL	vom 18.03.2021	solange der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat

Corona-Update: GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich 1/5

Inhalt

1. Anwendungsbereich
2. Regelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie
 - 2.1 Gesetzliche Regelungen zu Hygienemaßnahmen
 - 2.2 G-BA-Sonderregelungen in § 2a der Heilm-RL und § 2a Heilm-RL ZÄ
 - 2.2.1 Behandlung per Video
 - 2.2.2 Unterbrechungsfristen für Behandlungen
 - 2.2.3 Fristen für das Entlassmanagement
3. allgemeingültige Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) und der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (Heilm-RL ZÄ) gültig ab dem 01.01.2021
4. Vertragliche Regelungen auf Grundlage der Verträge nach § 125 SGB V
 - 4.1 Verordnungen mit Ausstellungsdatum bis 31.12.2020
 - 4.2 Verordnungen mit Ausstellungsdatum ab dem 01.01.2021



Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021, Stand: 26.03.2021

Corona-Update: GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich 2/5

2. Regelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

2.1. Gesetzliche Regelungen zu Hygienemaßnahmen

Aufgrund § 2 Abs. 7 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung können zugelassene Leistungserbringer seit dem 05.05.2020 für die Dauer der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes einen **pauschalen Ausgleich für erhöhte Hygienemaßnahmen (Mundschutz etc.) in Höhe von 1,50 Euro je Verordnung** abrechnen. Für diesen pauschalen Ausgleich ist ausschließlich die neue **Positionsnummer X9944** für alle Heilmittelbereiche zu verwenden.

Sie kann in dem in der Rechtsverordnung bestimmten Zeitraum unter Anwendung der vertraglichen Regelungen der aktuell gültigen Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V in der bis zum 10.05.2019 geltenden Fassung oder der Verträge nach § 125 SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet werden. **Für die Abrechnung der Position ist der Tag der letzten Behandlung innerhalb einer Verordnung im Rahmen der Rechnungsstellung anzugeben. Zuzahlungen werden für diese Position nicht erhoben.**

Die Positionsnummer kann nach dem in der Rechtsverordnung bestimmten Zeitraum - (maßgeblich ist das Datum des vollständigen Rechnungseingangs bei der Krankenkasse) nicht mehr abgerechnet werden.

derzeit bis zum
30. Juni 2021



Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021, Stand: 26.03.2021

Corona-Update: GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich 3/5

2.2.1 Behandlung per Video

- Sofern die Behandlungen aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (Behandlung per Video) stattfinden können, ist dies, in

Bei vertragsärztlichen Heilmittelverordnungen:

- o Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie mit Ausnahme der Schlucktherapie,
- o Ergotherapie,
- o Physiotherapie für die Übungsbehandlung gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 1a, für die allgemeine Krankengymnastik (KG und KG-Atemtherapie) gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 3a sowie für die Krankengymnastik-Mukoviszidose gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 3c,
- o Ernährungstherapie

Bei vertragszahnärztlichen Heilmittelverordnungen:

- o Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

In diesen Fällen ist auf der Rückseite der Verordnung die Therapie als Videobehandlung „V“ oder „Video“ zu kennzeichnen.



Corona-Update: GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich 4/5

4.1 Verordnungen mit Ausstellungsdatum bis 31.12.2020

- Bei nicht richtlinienkonform ausgestellten Heilmittelverordnungen zwischen dem 18.02.2020 und dem 31.12.2020 (Verordnungsdatum) können die Leistungserbringer notwendige Änderungen bzw. Ergänzungen an den von der Vertrags(zahn)ärztin oder vom Vertrags(zahn)arzt auf dem Verordnungsblatt gemachten Angaben selbst vornehmen. Einer Änderung bzw. Ergänzung der Verordnung durch die Vertrags(zahn)ärztin oder den Vertrags(zahn)arzt bzw. einer Rücksprache mit der Vertrags(zahn)ärztin oder dem Vertrags(zahn)arzt bedarf es hierzu nicht. Die Änderung bzw. Ergänzung ist auf der Rückseite des Verordnungsblattes unten links kurz zu begründen und mit Datum und Handzeichen des Leistungserbringers zu versehen. Entsprechende Verordnungen müssen bis zum 30.09.2021 abgerechnet werden. Die Ausnahmereglung gilt nicht für die Angaben „Art des Heilmittels“, Hausbesuch und „Verordnungsmenge“.



Corona-Update: GKV aktualisiert Regelungen für den Heilmittelbereich 5/5

4.2 Verordnungen mit Ausstellungsdatum ab dem 01.01.2021

- Bei nicht richtlinienkonform ausgestellten Heilmittelverordnungen, die ab Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinien zwischen dem 01.01.2021 und dem 30.09.2021 ausgestellt sind, empfehlen die Krankenkassenverbände auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband, die Einhaltung der Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen gemäß der Anlage 3 zur Heilm-RL sowie die Einhaltung der vertraglichen Vorgaben hinsichtlich der Korrekturmöglichkeiten, mit Ausnahme der Angaben „Art des Heilmittels“, „Hausbesuch“ und „Verordnungsmenge“, nicht zu prüfen. Ungeachtet gelten die jeweils vertraglich vereinbarten „Korrekturzeitpunkte“.

4.3 Podologie

- Für den Bereich Podologie war bereits bis zum 31.12.2020 eine Teilabrechnung möglich. Ab dem 01.01.2021 ist die Teilabrechnung für den Heilmittelbereich „Podologie“ vertraglich vereinbart. Die Regelung gilt somit ununterbrochen fort.



Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021, Stand: 26.03.2021

Praxis als Testzentrum BMG aktualisiert Corona-Testverordnung

Bundesministerium für Gesundheit

Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)

Vom 8. März 2021

Das Bundesministerium für Gesundheit verordnet auf Grund

- des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b und Nummer 2, Satz 3, 7, 1 Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 4 Nummer 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 neu gefasst worden ist, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassenvereinigung und des Verbands der Privaten Krankenversicherung und
- des § 24 Satz 3 Nummer 2, Satz 4 und 5 des Infektionsschutzgesetzes, der durch das Gesetz vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) neu gefasst worden ist



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

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

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



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

TESTS AUF SARS-COV-2 IN DER PRAXIS INFORMATIONEN FÜR VERTRAGSÄRZTE

AUF EINEN BLICK

ARZTPRAXIS

COVID-19-SYMPTOME

SYMPTOME



TESTUNG

- Beauftragung der Laboruntersuchung mit Formular 10 C

ABRECHNUNG NACH EBM:

- GOP 02402 (8 Euro)
- GOP 02403 (7 Euro), wenn keine Versicherten-, Grund-, Konsiliar- oder Notfallpauschale abgerechnet wird
- Kennziffer 88240 für die Vergütung von Corona-Leistungen
- Tests sind automatisch vom Laborbudget befreit

KEINE COVID-19-SYMPTOME

KONTAKT MIT COVID-PATIENTEN

Feststellung durch Arzt, ÖGD oder Warn-App



VOR AMBULANTER OP ODER AUFNAHME IN EINE GESUNDHEITSEINRICHTUNG

z. B. Krankenhaus, Rehaeinrichtung, Pflegeeinrichtung



TESTUNGEN BEI AUSBRUCH

in Pflegeeinrichtungen, Schulen, Dialysezentren, Asylbewerberheimen etc., wenn die Einrichtung oder der ÖGD dort Fälle von COVID-19 festgestellt haben.



Für Einreisende aus Risikoländern werden Test-Kosten ab 16.12.2020 nicht mehr übernommen.

TESTUNG

- Beauftragung der Laboruntersuchung mit Formular OEGD
- bei PoC-Antigentests nur diese verwenden: www.bfarm.de/antigentest

ABRECHNUNG NACH TESTVERORDNUNG (TestV) DES BMG

- Abstrich 15 Euro
- bei PoC-Antigentest Sachkosten von maximal 9 Euro je Test
- Gespräch mit Kontaktperson, wenn danach kein Test erfolgt: 5 Euro
- Abrechnung über die KV

PERSONAL VON ARZTPRAXEN

Monatlich 10 PoC-Antigentests pro Person möglich



PERSONAL VON PRAXEN NICHTÄRZTLICHER HEILBERUFE

z. B. Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten:

Wöchentlich 1 PoC-Antigentest pro Person möglich



TESTUNG

- Regelmäßige präventive Testung nur mit PoC- oder Labor-Antigentest
- Liste der zu verwendenden PoC- Tests: www.bfarm.de/antigentest
- Beauftragung des Labor-Antigentests mit Formular OEGD

ABRECHNUNG NACH TestV DES BMG

- Personal von Arztpraxen: bei PoC-Antigentest Sachkosten von maximal 9 Euro je Test
- Abstrich wird nicht vergütet

- Personal von Praxen nichtärztlicher Heilberufe: bei PoC-Antigentest Sachkosten von maximal 9 Euro je Test
- Abstrich wird vergütet: 15 Euro
- Abrechnung über die KV

MELDEPFLICHT: Die gesetzliche Meldepflicht gilt für alle SARS-CoV-2-Tests mit positivem Ergebnis, auch für PoC-Antigentests.



➤ Weitere Infos unter: www.kbv.de/html/coronavirus.php

Praxis als Testzentrum BMG aktualisiert Corona-Testverordnung

- Testungen der Mitarbeiter der eigenen Praxis mit der zuständigen KV abrechnen
 - Registrieren bei der KV
 - Testen der Mitarbeiter (bis zu 10/Monat/MA)
 - Abrechnen bei der KV



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN
BUNDESVEREINIGUNG FÜR DIE
LEISTUNGSERBRINGER
MIT WIRKUNG ZUM 8. MÄRZ 2021
(VORGABEN KBV-LE)

ZUR CORONAVIRUS-TESTVERORDNUNG VOM 8. MÄRZ
2021 GEMÄß § 7 ABSATZ 6 UND 7 DER VERORDNUNG
ZUM ANSPRUCH AUF TESTUNG IN BEZUG AUF EINEN
DIREKTEN ERREGERNACHWEIS DES CORONAVIRUS
SARS-COV-2

IM BENEHMEN MIT
BUNDESVERBAND DEUTSCHER LABORÄRZTE E. V.; AKKREDITIERTE LABORE IN DER MEDIZIN E. V.;
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE CHEMIE UND LABORATORIUMSMEDIZIN E. V.; BERUFSVERBAND
DER ÄRZTE FÜR MIKROBIOLOGIE, VIROLOGIE UND INFektionSEPIDEMIOLOGIE E. V.; DEUTSCHER STÄDTE-
UND GEMEINDEBUND; DEUTSCHER STÄDTETAG; DEUTSCHER LANDKREISTAG

DEZERNAT VERGÜTUNG UND
GEBÜHRENORDNUNG

19. MÄRZ 2021

VERSION 6.0

Praxis als Testzentrum

BMG aktualisiert Corona-Testverordnung

INFORMATIONEN ZUR ABRECHNUNG FÜR NICHT-KV-MITGLIEDER



Selbsterklärung zur Registrierung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung (TestV)

Verbindliche Selbstauskunft zur Anmeldung zum Abrechnungsverfahren für Leistungen und/oder Sachkosten gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

Name und Adresse der Einrichtung/Firma/Unternehmen (Antragsteller)

Name
Straße
PLZ Ort

Handelsregisternummer (sofern vorhanden)

IK-Nummer (sofern vorhanden)

Vertretungsberechtigte/Verantwortliche Person

Vorname Name
Tel.
Mobil
E-Mail

Stellvertretung

Vorname Name
Tel.
Mobil
E-Mail

Unterzeichner

Vorname Name
Tel.
Mobil
E-Mail

Bankverbindung

IBAN
BIC
Kontoinhaber

REGISTRIERUNG

Für alle Einrichtungen und Leistungserbringer, die gemäß der aktuell geltenden Coronavirus-Testverordnung einen Anspruch zur Abrechnung über die KVSH haben und kein Mitglied der KV sind, haben wir ein

- [Registrierungsformular](#)

Praxis als Testzentrum

BMG aktualisiert Corona-Testverordnung

ANLAGE 2B: EINRICHTUNGEN UND UNTERNEHMEN NACH § 4 ABS. 2 NR. 5 TESTV

Als Zahnarztpraxis, Praxis anderer humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden oder Rettungsdienst nach § 4 Absatz 2 Nr.5 TestV, beantrage(n) ich/wir die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigen-Tests gemäß § 11 TestV in den Fällen nach § 4 Absatz 1 Nr. 2 TestV.

Es handelt sich um eine Einrichtung nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes/TestV wie folgt:

Grundlage	Einrichtung
<input type="checkbox"/> § 23 Abs. 3 Nr. 9 IfSG	Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe
<input type="checkbox"/> § 23 Abs. 3 Nr. 10 IfSG	Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden
<input type="checkbox"/> § 23 Abs. 3 Nr. 12 IfSG	Rettungsdienste

Praxis als Testzentrum BMG aktualisiert Corona-Testverordnung

- Testungen für Patienten und andere Testwillige durchführen und mit der zuständigen KV abrechen
 - Beauftragung erhalten (konkret durch Gesundheitsamt oder durch Allgemeinverfügung) Schulung, Testkonzept, Berichtswesen etc.
 - Registrierung bei der zuständigen KV
 - Durchführung der Testungen
 - Abrechnung mit der KV
- Kann in jedem Bundesland anders geregelt sein: Infoquelle jeweilige Kassenärztliche Vereinigung

§ 1 Beauftragte Leistungserbringer

(1) Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, ärztliche Zahnärztinnen und Zahnärzte, Hebammen, Apothekerinnen und Apotheker, Rettungs- und Hilfsorganisationen, Einrichtungen, medizinische Labore, Apotheken, Rettungs- und Hilfsorganisationen sowie weitere Anbieter, die nicht bereits nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 und 3 der TestV zugelassene Leistungserbringer sind, werden mit der Leistungserbringung zur Vornahme von Bürgertestungen nach § 4a der TestV beauftragt soweit diese zur Durchführung der Testungen bereit sind.

(2) Die Beauftragung nach Abs. 1 erfolgt für die Leistungserbringer, die bereits vor dem 8. März 2021 eine Diagnostik durch Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (PoC-Antigen-Tests) angeboten haben.

(3) Die Beauftragung nach Abs. 1 erfolgt darüber hinaus gegenüber weiteren Leistungserbringern oder als Testzentrum beauftragten Dritten i. S. von § 6 Abs. 1 Nr. 2 TestV, die zur Durchführung der Testungen bereit sind und eine ordnungsgemäße Durchführung garantieren. Dazu gehört insbesondere die Schulung des Testpersonals nach § 12 Absatz 4 TestV. Darüber hinaus sind die Mindestanforderungen gemäß der Anlage zu dieser Allgemeinverfügung zu erfüllen, die Bestandteil dieser Allgemeinverfügung ist. Dies gilt auch für Einrichtungen und Unternehmen nach § 6 Abs. 3 TestV, soweit diese über ihr einrichtungs- und unternehmensbezogenes Testkonzept hinaus Bürgertestungen nach § 4a TestV anbieten.

§ 2 Mitteilungspflicht und Meldepflicht

(1) Die Leistungserbringung ist umgehend der zuständigen Unteren Gesundheitsbehörde mitzuteilen. Der Leistungserbringer hat auch die Ortspolizeibehörde nachrichtlich von der Leistungserbringung in ihrem Zuständigkeitsbereich zu unterrichten.

(2) Zur namentlichen Meldung positiver Testergebnisse an die zuständige Untere Gesundheitsbehörde sind die Leistungserbringer im Sinne von § 8 IfSG verpflichtet. Im Übrigen ist auf die Absonderungspflicht bei positivem Testergebnis entsprechend der Anlage zu dieser Allgemeinverfügung hinzuweisen.

(3) Alle Leistungserbringer haben der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde die Anzahl aller durchgeführten Testungen nach § 4a TestV sowie die Anzahl der positiven Testergebnisse einmal wöchentlich jeweils montags für die vorangehende Woche mitzuteilen.

Beispiel: Allgemeinverfügung
Baden-Württemberg

Schiedsverfahren bei Logopäden beendet

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

BUNDESEINHEITLICHER
VERTRAG | 16.03.2021



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

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

Versorgungsvertrag ist deutlich umfangreicher

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

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

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

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

Neu: Fristenregelung für Verordnungen

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

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

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

Logopädie Versorgungsvertrag in Kraft



**Christiane Sautter, Vorstand Logo Deutschland
im Gespräch mit Ralf Buchner**

up aktuell.de

Interview Kühne zum Logopädie-Vertrag



**Dr. Roy Kühne, MdB im Gespräch
mit Ralf Buchner**

up aktuell.de

Gesetzliche Vorgaben ignoriert

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -

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

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



§ 125 Verträge

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die

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

4. der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbereitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,

Anlage 1: Leistungsbeschreibung i. d. F. vom 14.12.2020

zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie i. d. F. vom 14.12.2020

Teil 1: Allgemeines zur Leistungsbeschreibung der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

5. Vor- und Nachbereitung und Verlaufsdokumentation

Die Vor- und Nachbereitung einschließlich der Verlaufsdokumentation jeder Behandlung mit der oder dem Versicherten ist für die stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Behandlung unabdingbar. Die Vor- und Nachbereitung und Verlaufsdokumentation ist außerhalb der Regelbehandlungszeit durchzuführen. Die Verlaufsdokumentation ist Gegenstand der jeweiligen Leistung nach Teil 2 Nr. 1 - 5.

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

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

Versorgungsvertrag der Logopäden

Diesen Vertrag hätte kein Verband unterschreiben dürfen

Ein Kommentar von Ralf Buchner

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

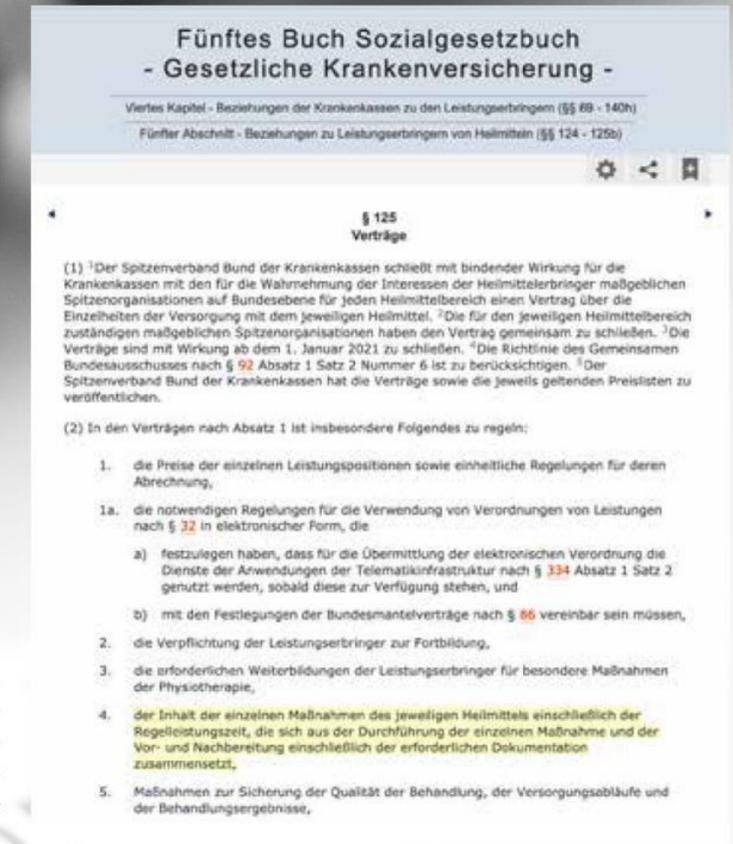
Und um es gleich vorwegzusagen: Diesen Versorgungsvertrag hätte kein Verband jemals unterschreiben dürfen! Schon allein aus Gründen der Solidarität. Einer der vier Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckverbänden hatte das Schiedsverfahren angerufen, um unter anderem für höhere Vergütungen zu sorgen. Das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

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

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

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

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



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

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



Das fehlt: Versorgungsverträge für Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Ernährungstherapeuten

Ein zentrales Problem:

Pizzabaukasten | Sonstiges | Pizzabrötchen | Pizzen | Pizzataschen 



Basispizza rein Pflanzlich

mit auszuwählender Sauce und Simply V Reibgenuss

26cm **7.75€**

36cm **12.45€**

Bravouröses Scheitern und eine unentschlossene Schiedsstelle



Versorgungsverträge später anerkennen: Die Krankenkassen einfach #ZappelnLassen

Handlungsmöglichkeiten (für jeden Therapeuten/die Praxen)

- Rechtlichen Spielraum nutzen, um Unmut mit neuem Vertrag zu demonstrieren:
 - § 124, Abs. 6 SGB V gibt 6 Monate Frist, um neuen Vertrag anzuerkennen
 - Wie wäre es, diesen Zeitraum voll auszuschöpfen, um den Unwillen und die Einigkeit ALLER Heilmittelpraxen zu demonstrieren

#ZappelnLassen

(6) ¹Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle anzuerkennen. ²Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraums fort. ³Bis zum Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 sind die geltenden Vereinbarungen nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2010

#ZappelnLassen

Einfach

#ZappelnLassen

Signal gegen einseitige Versorgungsverträge setzen!

Die bislang vorliegenden neuen Versorgungsverträge der Podologen und Logopäden sowie der aktuelle Status der Schiedsverfahren für Ergo-, Physio- und Ernährungstherapie sind kein Grund zum Jubeln.

Deswegen ist es wichtig, Flagge zu zeigen und den Kassen zu signalisieren: Wir sind nicht einverstanden mit diesen Verträgen! Wenn jetzt möglichst viele Praxen mindestens fünf Monate warten, um die neuen Verträge anzuerkennen, werden messbare Zeichen gesetzt.

Zeigen auch Sie, dass Sie die GKV noch zappeln lassen!

👍 Ich werde die GKV zappeln lassen!

818

Sagen Sie Ihre Meinung zum Thema, kommentieren Sie und erfahren Sie die Hintergründe in unserem Artikel der Magazinausgabe 04.2021 - [hier schon online...](#)



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

