

Gleich geht es los mit dem

up_Nachrichten Webcast #33

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 #33

Mittwoch, 07.04.2021

Vorankündigung

Der nächste reguläre
up_Nachrichten Webcast findet wie
gehabt am 1. Mittwoch im Monat
statt, also am 5. Mai 2021



Das ist bis heute passiert (07.04.2021)

- **Corona-Testverordnung Update:** Testabrechnung/-ermächtigung nicht von allen KVen korrekt umgesetzt
- **Neue Physiotherapiepreise veröffentlicht:** GKV-Spitzenverband hat die neuen Physiotherapie-Honorare veröffentlicht
- **Blankoverordnung vertagt:** Frist für Start der Blankoverordnungen soll auf den 30. September 2021 verschoben werden
- **Prüfpflichten reduziert:** Spickzettel zur Verordnungsprüfung nach Rücksprache mit KBV und GKV aktualisiert
- **Wirtschaftlichkeitsvereinbarung gekündigt:** GKV hat die Wirtschaftlichkeitsvereinbarung mit der KBV zum 31.10.2021 gekündigt
- **Antragsverfahren verschlechtert:** Patienteninformation des G-BA zur Antragstellung auf individuellen LHB nicht hilfreich
- **#ZappelnLassen:** Update zur laufenden Aktion

Corona-Testverordnung: Unterschiedliche Umsetzung in den KVen

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



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

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

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



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

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

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand: 14. Dezember 2020

GKV-VERSICHERTE

GKV-VERSICHERTE UND NICHT-GKV-VERSICHERTE

Testung (PoC) aus konkretem Anlass

- Anlass/Berechtigung: Der MA ist Kontaktperson
 - Grundlage: § 2 Abs. 1 TestV
 - Häufigkeit: pro Kontaktfall, § 5 Abs. 1 S. 1 TestV
- Anlass/Berechtigung: In der Praxis gab es einen Coronafall
 - Grundlage: § 3 Abs. 1 Nr. 1 TestV
 - Häufigkeit: pro Vorfall, § 5 Abs. 1 S. 1 TestV
- Durchführung durch zugelassenen Leistungserbringer nach § 6 TestVO
 - Z. B. Arztpraxis, Apotheke oder registriertes und beauftragtes Corona-Testzentrum (das könnte auch eine Heilmittelpraxis sein)
- Kostenübernahme: wird durch den jeweiligen Leistungserbringer mit KV abgerechnet

Testung (PoC) zu Präventionszwecken

- Testung zur Verhütung der Corona-Verbreitung
 - Berechtigte: z. B. MA/Bewohner/Patienten in Krankenhäuser, Altenheime, Arztpraxen etc.
 - Berechtigte: Mitarbeiter in Heilmittelpraxen
 - Grundlage: § 4 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TestV
 - Häufigkeit: mindestens 1x pro Woche, § 5 Abs. 2 S. 1 TestV
 - Kostenübernahme: für 1x Woche – Abrechnung über KV durch Leistungserbringer
- Bürgertest
 - Berechtigte: Alle Bewohner mit Wohnsitz Deutschland
 - Grundlage: § 4a TestV
 - Häufigkeit: mind. 1x pro Woche, § 5 Abs. 1 S. 2 TestV
 - Kostenübernahme: für 1x Woche – Abrechnung über KV durch Leistungserbringer
- Selbstbeschaffung und -testungen in der Praxis für eigene MA
 - Berechtigte: Mitarbeiter in Heilmittelpraxen
 - Grundlage: § 6 Abs. 3 S. 3 i.V.m. § 4 Abs. 2 Nr. 5
 - Häufigkeit: maximal 10 PoC-Antigen-Tests pro Monat und Mitarbeiter
 - Kostenübernahme: für 10x pro Monat und Mitarbeiter – Selbstabrechnung über KV nach erfolgter Registrierung

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

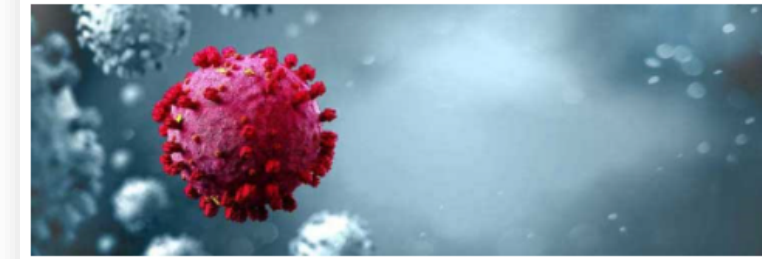
- [Registrierungsformular](#)

Therapiepraxis als Testzentrum

- Praxis ist selbst Leistungserbringer für Tests
 - Grundlage: § 6 Abs. 1 Nr. 2 TestV
 - Voraussetzung: Beauftragung durch öffentlichen Gesundheitsdienst (kann auch im Rahmen einer Allgemeinverfügung erfolgen)
 - Voraussetzung: Registrierung bei KV
 - Voraussetzung: Schulung durch Arzt und Sicherstellung der ordnungsgemäßen Durchführung der Leistungserbringung
 - <https://www.kbv.de/html/poc-test.php>
 - Die zu testenden Personen müssen für die Testung die obigen Anspruchsvoraussetzungen gemäß §§ 2, 3, 4 Abs. 1 oder 4a darlegen. Siehe § 6 Abs. 2 TestV.
 - Die verwendeten Tests müssen zugelassen sein
 - Abrechnung mit örtlicher KV

 [Zulassungsliste des BfArM](#)

CORONAVIRUS



Point-of-Care-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Hinweise für Praxen, Pflegeeinrichtungen und andere medizinische Einrichtungen zum Antigen-Schnelltest

Mit einem Point-of-care (PoC) -Test sind Testungen auf SARS-CoV-2 möglich, ohne dass dafür ein Labor beauftragt werden muss. Das Testergebnis liegt in weniger als 30 Minuten vor. Verwendung finden solche Test beispielsweise in Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen.

PoC-Test: So gehen Sie vor




Vorbereitung	+
Durchführung	+
Nachbereitung	+


Hinweise zur persönlichen Schutzausrüstung

Richtiges An- und Ablegen	+
Entsorgung und Wiederverwendung	+





PoC-Antigen-Tests: schnell, aber richtig



 FEEDBACK  EINBINDEN  ZUR MEDIATHEK

 TEXTFASSUNG DES VIDEOS

WEITERE INFOS

-  [Empfehlungen des Robert Koch-Instituts](#)
-  [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin](#)
-  [Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte](#)
-  [Bundesministerium für Arbeit und Soziales](#)

KVSH Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

ÜBER UNS PRESSE TERMINE KARRIERE eKVSH

Praxis > Perspektiven > Patienten >

Willkommen bei der
**Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein**

Wonach suchen Sie?

THEMENSEITE CORONAVIRUS

Hinweise für Ärzte und Praxispersonal zum Umgang mit COVID-19: Informationen von KVSH, RKI und Gesundheitsministerium – Impfen in den Praxen – Impfstoffe – Aufklärungsmaterial – Impf- und Testzentren – Ambulantes Monitoring – Studien.

Mehr Informationen ... >

CORONAVIRUS: IMPFSTART AB DEM 6. APRIL

Mit diesem dritten und vor dem Impfstart letzten Newsletter greifen wir die Themen Vergütung und Abrechnung der Impfleistungen sowie die gesetzlich vorgeschriebene Surveillance auf.

Mehr Informationen ... >

CORONAVIRUS-TESTVERORDNUNG: INFORMATIONEN ZUR ABRECHNUNG

Die wichtigsten Inhalte und Downloads zur Coronavirus-Testverordnung (TestV) zum Anspruch auf Testungen für asymptomatische Personen finden Sie auf unserer Themenseite.

Mehr Informationen ... >

BEGRÜßUNG

Die Bundespräsidentin hat die Zuschauereränge verwiesen, wenn es um die Stützung des ambulanten Systems in Pandemiezeiten geht.

Mehr Informationen ... >

**KV-Schleswig-Holstein:
Einfach zu finden**

Karriere Presse Über uns Kontakt Login

Für Mitglieder > Für Berufseinsteiger > Für Patienten > Wie können wir Ihnen helfen?

Jetzt wird abgerechnet

ABGABETERMIN FÜR DIE QUARTALSABRECHNUNG

Den Termin haben alle Mitglieder auf dem Schirm: Am Samstag, 10. April, ist letzter Abgabetermin für die Quartalsabrechnung in Hessen. Wer dabei Unterstützung braucht, bekommt sie auch: Was ist zu beachten bei der Quartalsklärung, welche Unterlagen werden wie eingereicht und wie erreiche ich die Hotline bei dringenden Fragen?

[So läuft die Abrechnung](#)

**KV Hessen:
Schwer zu finden**

© Tijana

Online-Abrechnung Praxisbörse BeratungsCenter 116117 – Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Such-Tipp:
Corona-Tests abrechnen
für Nicht-Mitglieder

Problem: Einige KVen haben ihre Antragsseiten nicht aktualisiert

KV-Schleswig-Holstein: Aktuell

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
<input type="checkbox"/> § 23 Abs. 3 Nr. 12 IfSG	Rettungsdienste

KV Hessen: Veraltet

	Für Mitglieder >	Für Berufseinsteiger >	Für Patienten >	Wie können wir Ihnen helfen?	Login
<input type="radio"/>	§ 23				
<input type="radio"/>	§ 23				
<input type="radio"/>	§ 23				

Neue Physiotherapiepreise veröffentlicht

Was fehlt sind einheitliche Übergangsregeln

- Die Schiedsstelle hat eine Anpassung der Höchstpreise nach § 125b SGB V um +1,51 Prozent zum 01.04.2021 festgesetzt.
- Der GKV-Spitzenverband hat die neuen Preisliste unter www.gkv-heilmittel.de veröffentlicht.
- Problem: Unklarheit bezüglich der Übergangsregeln
- GKV-Spitzenverband stellt klar:
 - „Bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 SGB V gelten somit die bisherigen kassenindividuellen Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V (alt) fort. Daher gelten auch die näheren Regelungen zur Gültigkeit der Preise der bisherigen kassenindividuellen Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V (alt) fort.“
- Das bedeutet: Unterschiedliche Regelungen bei Hausbesuchen und bei Startdatum für die neuen Preise (Analog zu Juli 2019)

**Für Vertragsärzte****Für Heilmittelerbringer**

Zulassende Stellen

[Heilmittelpreise](#)Heilmittelpreise nach § 125
SGB V (neu)

Verträge

Heilmittelversorgung 2.0Startseite ▶ Für Heilmittelerbringer ▶ [Heilmittelpreise](#)

Heilmittelpreise nach § 125 b SGB V

Der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände haben sich nach § 125b SGB V auf die höchsten geltenden Heilmittelpreise je Position verständigt. Die Preise nach § 125b SGB V sind als Preisliste der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V (alte Fassung) anzusehen.

Positionen, die nur in einzelnen Verträgen vereinbart wurden, sind auch weiterhin nur für diese Verträge abrechnungsfähig. Für die Anwendung der Preise nach § 125b SGB V zum Stichtag 01.07.2019 (Behandlungsdatum oder Verordnungsdatum) gelten – wie in der Gesetzesbegründung zu § 125b SGB V beschrieben – die jeweils getroffenen vertraglichen Regelungen.

Anmerkung: Die hier aufgelisteten Preise gelten nur bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V des jeweiligen Heilmittelbereiches oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort (vgl. § 125 b Abs. 1 SGB V). Hier finden Sie die [Heilmittelpreise nach § 125 SGB V \(neu\)](#) auf Basis der bereits beschlossenen, neuen Verträge.

Bundesland	Übergangsregelung	X9901 (10,37€)	X9902 (8,15€)	X9906 (3,09€)	X9907 (0,35€)	X9909 (3,92€)	X9910 (0,40€)	X9911 (3,92€)	X9933 (16,22€)	X9934 (9,33€)	X9935 (16,32€)
Berlin (RVO)	1. Termin AOK 1. Termin BKK 1. Termin BuKn 1. Termin IKK VO-Datum LKK VO-Datum vdek								AOK BKK BuKn IKK LKK	AOK BKK BuKn IKK LKK vdek	
Brandenburg	VO-Datum AOK VO-Datum BKK Beh.-Datum BuKn VO-Datum IKK VO-Datum LKK VO-Datum vdek										AOK
Bremen (RVO)	Beh.-Datum AOK Beh.-Datum BKK Beh.-Datum BuKn Beh.-Datum IKK VO-Datum LKK VO-Datum vdek	AOK BKK BuKn IKK	AOK BKK BuKn IKK	AOK BKK BuKn IKK					LKK vdek	LKK vdek	
Hamburg	Beh.-Datum AOK Beh.-Datum BKK Beh.-Datum BuKn Beh.-Datum IKK VO-Datum LKK VO-Datum vdek								AOK BKK BuKn IKK LKK vdek	AOK BKK BuKn IKK LKK vdek	
Hessen (RVO)	VO-Datum AOK VO-Datum BKK VO-Datum BuKn VO-Datum IKK VO-Datum LKK VO-Datum vdek	AOK BKK BuKn IKK	AOK BKK BuKn IKK		AOK BKK BuKn IKK				LKK vdek	LKK vdek	

Großes Durcheinander bei Übergangsregeln bleibt auf Stand Juli 2019

Blankverordnung vertagt: Abschluss der Verträge vermutlich erst zum 30.9.2021

- Frist für Start der Blankverordnungen soll mit dem GWVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung) auf den 30. September 2021 verschoben werden
- Nächste Anhörung am 12. April – Verabschiedung noch ohne Termin
- Allerdings sind alle Beteiligten noch weit davon entfernt „Verhandlungsbereit“ zu sein
- Schwerpunkt der up_Ausgabe 04_2021: **Die Blankverordnung**

Schwerpunkt Die Blankverordnung



Schwerpunkt Die Blankverordnung

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

Teil 01 Hintergrund und rechtliche Vorgaben Seite 20

Teil 02 Medizinisch-therapeutische Aspekte Seite 22

Teil 03 Wirtschaftliche Aspekte Seite 24

Teil 04 Berufspolitische Aspekte Seite 26

Teil 05 Interview mit Michael Reimann (AOK) Seite 28

Teil 01 Hintergrund und rechtliche Vorgaben

SGB V und Heilmittel-Richtlinie legen die Rahmenbedingungen fest

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



up im Gespräch mit Michael Reimann, AOK Niedersachsen, Unternehmensbereichsleiter Heilmittel (1/3):

- **Vorschlag: Zertifikatspositionen kurzfristig abschaffen**



Teil 02 Medizinisch-therapeutische Aspekte der Blankoverordnung

Faktencheck: Chancen und Risiken

Chancen der Blankoverordnung für die Therapie/ Behandlung:

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

Punkt 1 | Indikationen

Für welche Indikationen es zukünftig Blankoverordnungen geben soll, muss erst noch in den Verträgen zur „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ festgelegt werden. Dr. Kemper ist dafür, sich zum Start auf zwei bis drei größere Indikationsgebiete zu konzentrieren. „Wir dürfen nicht zu kleinteilig werden, da es dann mit der Evaluation schwierig wird“, ergänzt sie. Am besten würden sich daher Indikationen eignen, die eine



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

„Die Blankoverordnung ist einfach ein unbekanntes Konglomerat aus therapeutischer, wirtschaftlicher und organisatorischer Verantwortung“, findet auch Uhlhorn. „Und ich kann es auch verstehen, dass viele Praxisinhaber müde sind nach Jahrzehnten des langen Kampfes und sagen: ‚Och bitte nicht noch eine Veränderung.‘“ Andererseits seien die Chancen sehr groß, die ganzen Hindernisse

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

Punkt 4 | Evaluation

In den Vorgaben zu den Verträgen zur „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ ist festgehalten, dass parallel zur Anwendung der Blankoverordnung eine Begleitfor-

up im Gespräch mit Michael Reimann, AOK Niedersachsen, Unternehmensbereichsleiter Heilmittel (2/3):

- **Sinnvolle Indikationen gemeinsam identifizieren**



Teil 05 Interview | Michael Reimann „Aus Kassensicht interessiert uns, was die Therapeuten davon erwarten“

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

REIMANN | Ja, beide Seiten haben einen monatelangen Verhandlungsmarathon hinter sich. Dann kam es zum Schiedsverfahren. Das führte auch nicht gerade dazu, dass die Stimmung sich verbesserte. Nun haben wir zum Teil einen Ausweg in der Schiedsverfahren

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

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

REIMANN | Aus Kassensicht interessiert uns, was die Therapeuten davon erwarten. Welche Probleme kann man ganz konkret mit einer Blankoverordnung angehen, wie kann die Versorgung dadurch verbessert werden? Hier besteht Aufklärungsbedarf für die GKV-Lebende. Die Kassen haben gewisse Messgr

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



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

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

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

up im Gespräch mit Michael Reimann, AOK Niedersachsen, Unternehmensbereichsleiter Heilmittel (3/3):

- Neue Wege für bessere Ergebnisse



Prüfpflichten reduziert: Keine Fristenprüfung bei BVB

M41.2- M41.5-		Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose	WS/AT	SB1	ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen
M42.04 M42.05		Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich) Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)	WS		fixierte Kyphose ab Gesamtkyphosewinkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M47.0- G99.2		Arteria-spinalis-anterior-Kompressions- syndrom und Arteria-vertebralis-Kompres- sionssyndrom mit Myelopathie	WS/EX/ ZN	EN2	längstens 6 Monate nach Akutereignis



„GKV-Spitzenverband und KBV stimmen in der Auffassung überein, dass das Akutereignis sowie weitere Hinweise und Spezifikationen der nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V vereinbarten Besonderen Verordnungsbedarfe nicht durch den Heilmittel-Leistungserbringer zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung geprüft werden.“ KBV, 19.03.2021

Spickzettel Verordnungs-Check 04_2021

Aktualisierte Prüfungskriterien für den schnellen Check von Muster 13

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

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?

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

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

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

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?

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

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

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistung erbracht werden. Der 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 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 Musterstraße 42 D 24111 Kiel	
Unfallfolgen	geb. am 09.12.60	
BVG	Kostenträgerkennung 101377508	Versicherten-Nr. K746928527
	Status 1000000	
	Betriebsstätten-Nr. 019964200	Arzt-Nr. 366719610
	Datum 07.01.2021	

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code	
164	Schlaganfall am 12.11.2020

Diagnosegruppe	ZN	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	<input type="checkbox"/>
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)					
Schädigung/Störung der Muskelfunktion					

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten
Heilmittel	KG-ZNS als Doppelbehandlung	120
Ergänzendes Heilmittel		

<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	1-5x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise				

366719610 019964200
Dr. med. Stefan Bringham
Neurologe
Dümmelsbeker Weg 30, 24300 Kiel
Tel. 334406 Fax 334409

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers	
-----------------------------------	--

⁹ = längstens 1 Jahr nach Akutereignis (nicht prüfungsrelevant)

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

2. Erkrankungen d	
2.1 ZNS und Rück	
Diagnosegruppe ZN	
1	Diagnosegruppe identifizie
ZNS-Erkrankungen einschli	
z. B.	
• prä-, peri-, postnatale Sch	
(z. B. Infantile Zerebralpa	
• Fehlbildungssyndrome (z.	
myelocele, Spina bifida (C	
• zerebrale Ischämie, Blutun	
Hypoxie (z. B. P20.-), Tum	
• Schädelhirn- und Rücken	
• Meningoencephalitis (A8	
ellitis (A80.-))	
Weitere beispielhafte Diag	
A39.-; B90.-; B91.; B94.-; C	
bis G26; G35.- bis G37.-; G	
I60.- bis I69.-; M30.-; M31.	
Q07.-; Q76.-; Q90.- bis Q93	
T09.-; T90.-	
Hinweis: Die hier abgebilde	
1a	Optionale VO extrabudgetä
Extrabudgetäre Verordn	
Vereinbarte Diagnosen für	
E74.0; E75.0; E76.0; F84.0	
G80.0 bis 4/8/9; G82.0- bis	
Q04.0 bis 6/8/9; Q05.0 bis	
Q90.0 bis 2/9; Q91.0 bis 7	
Besonderer Verordnungsbe	
B94.1 ⁹ ; C70.0/1/9 ⁹ ; C71.0 bis 9 ⁹ ; C72.0 bis 5/8/9 ⁹ ; F83 ¹⁰ ; G10; G11.0 bis 4/8/9; G20.1-;	
G21.3; G21.4; G21.8; G35.0; G35.1-; G35.2-; G35.3-; G35.9; G36.0; G36.1; G36.8; G36.9;	
G37.0 bis 5/8/9; G70.0; G81.0; G81.1; I60.0 bis 9 ⁹ ; I61.0 bis 6/8/9 ⁹ ; I63.0 bis 6/8/9 ⁹ ; I64 ⁹ ;	
I69.0 bis 4/9 ⁹ ; M30.0; M31.3; M33.0; M33.1; M33.2; M47.0- ⁹ LV.m. G99.2; M47.1- ⁹	
LV.m. G99.2; M47.2- ⁹ LV.m. G55.2; M47.9- ⁹ LV.m. G99.2; M47.9- ⁹ LV.m. G55.2; M48.0- ⁹	
LV.m. G55.3; M50.0 ⁹ LV.m. G99.2; M50.1 ⁹ LV.m. G55.1; M51.0 ⁹ LV.m. G99.2; M51.1 ⁹	
LV.m. G55.1; S14.0 ⁹ ; S14.1- ⁹ ; S14.2 ⁹ bis 6 ⁹ ; S24.0 ⁹ ; S24.1- ⁹ ; S24.2 ⁹ bis 6 ⁹ ; S34.0 ⁹ ;	
S34.1- ⁹ ; S34.2 ⁹ ; S34.3- ⁹ ; S34.4 ⁹ ; S34.5/6/8/9 ⁹ ; T09.3 ⁹	
Diagnosen für Blankoverordnungen: Details voraussichtlich ab März 2021	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

32 Legende zu den verwendeten Hochzahlen, siehe Seite 52

Wirtschaftlichkeitsvereinbarung zwischen KBV und GKV gekündigt (1/2)

- GKV hat die Wirtschaftlichkeitsvereinbarung mit der KBV zum 31.10.2021 gekündigt

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, gültig bis 31.12.2020

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems						
B94.1		Folgezustände der Viruszephalitis	ZN1/ZN2/SO3	EN1/EN2	SC1/ST1/SP1/SP3/SP4/SP5/RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0		Bösartige Neubildungen der Meningen				
C70.1		Hirnhäute				
C70.9		Rückenmarkhäute				
		Meningen, nicht näher bezeichnet				
		Bösartige Neubildung des Gehirns				
C71.0		Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel				
C71.1		Frontallappen				
C71.2		Temporallappen				
C71.3		Parietallappen				
C71.4		Okzipitallappen				
C71.5		Hirnventrikel				
C71.6		Zerebellum				
C71.7		Hirnstamm				
C71.8		Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				
C71.9		Gehirn, nicht näher bezeichnet				
		Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems				
C72.0		Rückenmark				
C72.1		Cauda equina				
C72.2		Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]				
C72.3		N. opticus [II. Hirnnerv]				
C72.4		N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]				
C72.5		Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven				
C72.8		Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend				
C72.9		Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				
G10		Chorea Huntington	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6	



Rahmenvorgaben
nach § 106b Abs. 2 SGB V für die
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
vom 1. Mai 2020

vereinbart zwischen dem
Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)
und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- zuletzt geändert am 05.10.2020 -

Wirtschaftlichkeitsvereinbarung zwischen KBV und GKV gekündigt (1/2)

- Die Wirtschaftlichkeitsvereinbarung bildet den bundeseinheitlichen Rahmen für die regionalen Prüfvereinbarungen in den KVen, die wiederum Rechtgrundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sind.
- Die Auswirkungen der Kündigung sind noch nicht absehbar, da die Kündigung ohne Begründung erfolgt ist. Es vermutlich darum, die mit dem TSVG geschaffenen Entlastungen, die von einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen wohl nicht mit getragen abzuschaffen – dies kann sich am Ende auch negativ auf die WP von Heilmitteln auswirken.
- Die Diagnoseliste mit den besonderen Verordnungsbedarfen ist Inhalt der Wirtschaftlichkeitsvereinbarung, aktuell sind keine Absichten bekannt, hier den Rotstift anzusetzen.

Antragsverfahren verschlechtert: G-BA Patienteninfo zum LHB nicht ausreichend

- **Problem Nr. 1:** Wohin soll die medizinischen Begründung für eine Antrag auf LHB?

- KBV schlägt vor, dass Freitextfeld zu nutzen
- Folgeproblem: Das wird nicht ausreichen und Ärzte werden wenig motiviert sein, zusätzlich Berichte zu schreiben. Vermutlich schreiben dann Therapeuten die Begründung kostenlos...



Patienteninformation Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie oder Ernährungstherapie werden ärztlich¹ verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie nennt Erkrankungen, bei denen eine solche Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt dazu Therapieziele und die orientierende Behandlungsmenge fest. Mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie entfallen seit 1. Januar 2021 Verordnungen außerhalb des Regelfalls und damit auch das damit verbundene Genehmigungsverfahren. Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden. Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden. Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen und Ärzte¹ u. a. im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wann ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und wie er festgestellt wird, erfahren Sie hier.

➤ Der langfristige Heilmittelbedarf

Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt¹ bei Ihnen eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung

- fortlaufend
- über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr

Heilmittel erforderlich sind, erfolgt die Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren.

➤ Erkrankung auf einer Diagnosenliste? – Kein Antrag notwendig

Die Heilmittel-Richtlinie enthält als Anlage 2 eine Diagnosenliste. Sie führt die Erkrankungen auf, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann. Steht Ihre Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt; ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt¹ kann Ihnen erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch¹ zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Ist Ihre Krankheit in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie nicht aufgeführt, kann noch eine weitere Liste eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen; die Diagnosenliste über besondere Verordnungsbedarfe². Auch diese kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt¹ hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs erforderlich.

¹ Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen ihrer Fachlichkeit Ergotherapie verordnen.

² Die Diagnosenliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgeschlossen werden. Die KBV stellt auf ihrer Website ein Servicedokument bereit, das die Diagnosen beider Listen übersichtlich zusammenfasst: www.kbv.de/496984



Antragsverfahren verschlechtert: G-BA Patienteninfo zum LHB nicht ausreichend

- **Problem Nr. 2:** Durchführung von Behandlungen auf antragsbegründenden Verordnungen, die die Höchstmenge je Verordnung überschreiten – geht das?



Fortlaufende Behandlung

Die ärztliche¹ Verordnung ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Ihre Heilmittelbehandlung kann sofort aufgenommen oder fortgesetzt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten.

- G-BA hat den Text in der Patienteninformation so gekürzt, dass das Risiko von „Überbehandlung“ beim Therapeuten bleibt.
- Konsequenz: Auch bei Verordnungen, die als Begründung für einen individuellen LHB-Antrag genutzt werden, darf die Höchstmenge je Verordnung gem. Diagnosegruppe nicht überschritten werden. Auch wenn der Arzt das verordnet hat.



Patienteninformation

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie oder Ernährungstherapie werden ärztlich¹ verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie nennt Erkrankungen, bei denen eine solche Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt dazu Therapieziele und die orientierende Behandlungsmenge fest. Mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie entfallen seit 1. Januar 2021 Verordnungen außerhalb des Regelfalls und damit auch das damit verbundene Genehmigungsverfahren. Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden. Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden. Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen und Ärzte¹ u. a. im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wann ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und wie er festgestellt wird, erfahren Sie hier.



Der langfristige Heilmittelbedarf

Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt¹ bei Ihnen eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung

- fortlaufend
- über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr

Heilmittel erforderlich sind, erfolgt die Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren.



Erkrankung auf einer Diagnoseliste? – Kein Antrag notwendig

Die Heilmittel-Richtlinie enthält als Anlage 2 eine Diagnoseliste. Sie führt die Erkrankungen auf, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann. Steht Ihre Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt; ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt¹ kann Ihnen erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch¹ zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Ist Ihre Krankheit in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie nicht aufgeführt, kann noch eine weitere Liste eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen; die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe². Auch diese kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt¹ hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs erforderlich.

¹ Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen ihrer Fachlichkeit Ergotherapie verordnen.

² Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgeschlossen werden. Die KBV stellt auf ihrer Website ein Servicedokument bereit, das die Diagnosen beider Listen übersichtlich zusammenfasst: www.kbv.de/496984



Antragsverfahren verschlechtert: G-BA Patienteninfo zum LHB nicht ausreichend

- **Thema Nr. 3:** Im Musterantrag des G-BA ist aus der „ärztlichen Begründung“ inzwischen eine „medizinische Begründung“ geworden.

Alt

Auf die in der Anlage beigefügte Kopie der Heilmittel-Verordnung mit ärztlicher Begründung wird verwiesen.

Neu

Auf die in der Anlage beigefügte Kopie der Heilmittel-Verordnung mit medizinischer Begründung wird verwiesen.

- Konsequenz: Ärzte können im Freitextfeld auf die vom behandelnden Therapeuten erstellte „medizinische Begründung“ verweisen.



Patienteninformation

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie oder Ernährungstherapie werden ärztlich¹ verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie nennt Erkrankungen, bei denen eine solche Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt dazu Therapieziele und die orientierende Behandlungsmenge fest. Mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie entfallen seit 1. Januar 2021 Verordnungen außerhalb des Regelfalls und damit auch das damit verbundene Genehmigungsverfahren. Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden. Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden. Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen und Ärzte¹ u. a. im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wann ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und wie er festgestellt wird, erfahren Sie hier.



Der langfristige Heilmittelbedarf

Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt¹ bei Ihnen eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung

- fortlaufend
- über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr

Heilmittel erforderlich sind, erfolgt die Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren.



Erkrankung auf einer Diagnoseliste? – Kein Antrag notwendig

Die Heilmittel-Richtlinie enthält als Anlage 2 eine Diagnoseliste. Sie führt die Erkrankungen auf, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann. Steht Ihre Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt; ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt¹ kann Ihnen erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch¹ zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Ist Ihre Krankheit in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie nicht aufgeführt, kann noch eine weitere Liste eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen; die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe². Auch diese kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt¹ hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs erforderlich.

¹ Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen ihrer Fachlichkeit Ergotherapie verordnen.

² Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgeschlossen werden. Die KBV stellt auf ihrer Website ein Servicedokument bereit, das die Diagnosen beider Listen übersichtlich zusammenfasst: www.kbv.de/496984



Versorgungsverträge später anerkennen: Die Krankenkassen einfach #ZappelLassen

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

#ZappelLassen

(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

#ZappelLassen

GKV jetzt unbedingt...

#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!

👍 JA. Ich lasse die GKV zappeln!

1660

+113 Prozent

Sagen Sie Ihre Meinung zum Thema, kommentieren Sie und erfahren Sie die Hintergründe - [hier 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

