

Welche Eintragungen sind auf der Rückseite der Verordnung unter „Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)“ einzutragen?

Als Maßnahme sind die Bezeichnungen:

- Eingangsbefundung
- podologische Behandlung groß“ oder „podologische Behandlung klein“ und
- bei durchgeführtem Hausbesuch mit „Hausbesuch“ zu ergänzen.
- Erstbefundung groß
- Erstbefundung klein
- Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit
- Behandlungsabschluss
- Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange z.B. nach Ross-Fraser
- Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange z.B. nach Ross-Fraser
- Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange z.B. nach Ross-Fraser
- Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange
- Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metallkorrekturspange

Welche Abkürzungen sind unter „Maßnahmen“ erlaubt?

Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder in Form des vereinbarten Kürzels nach Anlage 1a bzw. Anlage 1b und unter Angabe des Datums und der Initialen des abgebenden Leistungserbringers darzustellen und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Im weiteren Verlauf sind auch Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind von Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.

- Eing. Bef.
- Pod. Beh. Kl.
- Pod. Beh. Gr.
- EBF groß
- EBF klein
- Kontrolle
- Abschluss

Und

- Anp. Ross-Fraser
- Nachregulierung
- Anp. mehrteilig
- Anp. Einteilig

Dürfen ab der ersten Zeile Abkürzungen verwendet werden?

Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder in Form des vereinbarten Kürzels nach Anlage 1a bzw. Anlage 1b und unter Angabe des Datums und der Initialen des abgebenden Leistungserbringers darzustellen und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.

Im weiteren Verlauf sind auch Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind von Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.

Was sind KEINE Behandlungseinheiten?

- Eingangsbefundung
- Fertigung
- Kontrolle

4. Therapiebericht und Fotodokumentation

Kann in der Diagnosegruppe DF, NF und QF auch ein Therapiebericht vergütet werden?

Nein, eine extra Vergütung ist nur in der Diagnosegruppe UI 2 vereinbart.

Wann kann der Therapiebericht im UI 2 abgerechnet werden?

Wenn dieser vom Arzt auch angefordert wird -> Kreuz auf der Vorderseite.

Muss der Therapiebericht vom Patienten per Unterschrift bestätigt werden?

Nein

Wann muss die Fotodokumentation im UI 2 durchgeführt werden?

Die Fotodokumentation muss im UI 2 zu Beginn der Therapie und zum Abschluss der Therapie sowie bei Veränderungen des Störungsbildes vorgenommen werden.

Podo, Zeit für Beanstandungen:

- § 18 Abs. 12: Widerspricht der zug. LE oder (...) nicht innerhalb von 9 Monaten (...) so gilt diese als anerkannt
- Anlage 3 Ziffer 4: Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.

Wie gestaltet sich die Frist?

Die Regelungen ergänzen sich, widersprechen einander aber nicht.

Bei bestimmten fehlerhaften/unvollständigen Verordnungen kann der LE korrigieren/nachtragen (lassen), hierfür gilt die Frist nach Anlage 3 ab Zugang der Korrekturunterlagen.

Gleichwohl kann er Rechnungsabsetzungen auch aus anderen Gründen widersprechen, hierfür gilt die Frist nach § 18 des Vertrags.

Muss das IK auf der Vorder- und Rückseite eingetragen werden? Was passiert, wenn es auf einer Seite vergessen wird?

Ja, das IK ist auf der Vorder- und Rückseite einzutragen. Es gilt Anlage 3 lit. p).

Die Software der Ärzte fügt automatisch eine Beschreibung der ausgewählten Leitsymptomatik a/b/c in das Freitextfeld für die patientenindividuelle Leitsymptomatik ein. Muss dies korrigiert werden, da das Freitextfeld der Leitsymptomatik nur für die Beschreibung einer patientenindividuellen Leitsymptomatik vorgesehen ist?

Entscheidend ist, dass eine Leitsymptomatik auf der VO angegeben ist. Dabei können ein/mehrere Ankreuzfelder angekreuzt werden oder eine Leitsymptomatik nur schriftlich angegeben sein oder Ankreuzfelder und schriftliche Angaben kombiniert werden. Fehlen oder widersprechen sich die Ankreuzfelder und die Textangabe, ist eine Änderung nach Rücksprache mit dem Arzt möglich.

Ist das Feld [x] patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt, muss eine schriftliche Leitsymptomatik angegeben sein.

Was gilt, wenn mehrere Felder angekreuzt wurden, z.B. a) und b), aber als Heilmittel „podologische Komplexbehandlung“ angegeben wird?

Die Leitsymptomatik bezeichnet die Art der Schädigung. Mehrfachankreuzungen sind unschädlich, sofern eine angegebene Leitsymptomatik zum verordneten Heilmittel passt.

Beispiel: Wurde a) und b) angekreuzt und als Heilmittel „podologische Komplexbehandlung“ angegeben, sind die Angaben gültig, da die Schädigungsbilder eine podologische Komplexbehandlung indizieren.

Wie unterscheidet sich Hausbesuch klein von Hausbesuch groß?

Hausbesuch groß entspricht dem Hausbesuch z.B. in einem Privathaushalt (79933) Hausbesuch klein entspricht dem Hausbesuch in einer sozialen Gemeinschaft, z.B. Pflegeeinrichtung (79934).

Wer misst die Therapiezeit?

Die Therapiezeit wird bei einer verordneten podologischen Komplexbehandlung vom Leistungserbringer ermittelt.

Kann ich bei einer Nagel- oder Hornhautbearbeitung über 20 Minuten Therapiezeit auch Behandlung groß abrechnen?

Nein – die Differenzierung der Therapiezeit gilt nur für die podologische Komplexbehandlung als podologische Behandlung groß/klein. Die Nagelbearbeitung oder Hornhautabtragung sind immer mit 78010 zzgl. 78030 abzurechnen.

Nach § 7 Abs. 5 müssen Verordnungen bis zum Ende durchgeführt werden. Ist kein Behandlungsabbruch mehr möglich, wenn der Patient vorzeitig eine neue Verordnung vorlegt, z.B. wenn der Termin beim 20 km entfernten Diabetologen nicht mit dem Ende der Behandlungsserie zusammenfällt?

Legt der Patient eine neue VO vor Beendigung der laufenden Behandlungsserie vor, kann ein Behandlungsabbruch mit Begründung erfolgen und mit der neuen VO begonnen werden.

Welche ICD-10 Codes sind abrechenbar?

Beim Diabetischen Fuß alle, die entweder das „Diabetische Fußsyndrom“ oder die „Diabetische Neuropathie“ enthalten. Bei QF und NF alle, die eine „sensible oder sensomotorische Neuropathie“ enthalten, da es eine nahezu unbegrenzte Anzahl gibt, ist es nicht möglich, eine Liste zu erstellen.

Müssen ICD-10 Codes geprüft werden?

Ja, im Rahmen der Prüfpflicht.

Warum gibt es keine „Prüfliste“ mit einer Anzahl von ICD-10-Codes für die Diagnosegruppen NF und QF?

Weil im Rahmen des Beschlusses vom Gemeinsamen Bundesausschusses eine große Auswahl an Erkrankungen genannt wurden und die Liste zu unübersichtlich wäre.

Reicht es aus, wenn bei NF und QF als Diagnose „Neuropathie“ angegeben ist oder muss die Lokalität (z.B. „Füße beidseitig“, „Fuß links/rechts“) angegeben sein?

Das kommt auf die Erkrankung an. Eine querschnittliche Erkrankung, die als Diagnose vorliegt, hat in aller Regel Auswirkungen auf die unteren Extremitäten.

Als therapierelevant nach § 27 Absatz 2 HeilM-RL sind ICD-10-Schlüssel anzusehen, die eine sensible oder sensomotorische Neuropathie oder ein neuropathisches Schädigungsbild als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder inkomplett) bzw. ein Querschnittsyndrom (komplett oder inkomplett) deklarieren.

Was tun, wenn die Lokalisation des Zehs falsch oder nicht angegeben ist?

Fehlt die Lokalisation bitte selbstständig in das Feld „Begründung“ eintragen und bei nicht korrekter Lokalisation des Arztes bitte die korrekte Lokalisation in das Begründungsfeld eintragen.

Gibt es ein Muster zur Ausfüllung der neuen HVM?

Ja, im PodoPLUS Bereich finden Sie unter „GKV - Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V“ eine Ausfüllhilfe.

→ <https://www.podo-deutschland.de/gkv/vertraege>

Dürfen Blanko-HMVs angenommen werden?

Nein!

Reicht ein ICD-10 Code aus z.B. nur E10.14 oder nur G632 oder müssen diese in Kombination stehen?

Ein Code genügt.

Beispiel: Bei der Diagnosegruppe DF sind folgende ICD-10-Codes abrechenbar: E10.74; 11.74; 12.74; 13.74; 14.74; E10.75; 11.75; 12.75; 13.75; 14.75 sowie G63.2 für die Diabetische Polyneuropathie.

Diese Codes benötigen keine Textdiagnose und es genügt die Angabe eines dieser elf ICD-10- Codes.

→ Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.podo-deutschland.de/gkv/vertraege>

Gibt es die ICD-10-Codes E10.75-E14.75 noch und dürfen diese benutzt werden?

Ja!

Was darf durch die Podologen auf der HVM selbst geändert werden? Therapiefrequenz? Gebührenpflichtig bzw. Gebührenbefreit?

Es darf alles in Absprache mit dem Arzt geändert werden außer Behandlungseinheiten, Heilmittel und Hausbesuch. Ihre Änderung muss begründet werden. Hierzu auf der Rückseite der HVM unten links das Feld „Begründung“ nutzen.

Ausfüllhilfe unter: <https://www.podo-deutschland.de/gkv/vertraege> unter Punkt 22 sehen Sie dann das Feld „Begründungen“.

Wo finde ich die neuen Preise? Gelten die neuen Preise für alle Kassen?

Als Mitglied bei **podo** deutschland haben Sie alle Informationen von Ihrem Landesverband per E- Mail erhalten. Unter „GKV – Vergütungsübersicht“ können Sie sich nach dem Log-In die Dokumente separat herunterladen.

→ [Vergütungsübersichten \(podo-deutschland.de\)](https://www.podo-deutschland.de/gkv/vertraege)

Wo sollen die Abrechnungsziffern auf der HVM hin?

Sie werden nicht mehr notiert, da sie aus der Verordnung hervorgehen.

Muss oben in der linken Ecke in der Anerkenniserklärung das Kästchen ausgefüllt werden, wenn ja, was muss dort stehen?

ODER

Was muss in der Anerkenniserklärung bei „Name der zuständigen Arbeitsgemeinschaft“ eingetragen werden?

Wer ist das?

Hier tragen Sie die Adresse Ihrer zuständigen ARGE (= Arbeitsgemeinschaft für Heilmittelzulassung) ein

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

Muss nur die Anerkenniserklärung ausgefüllt und weggeschickt werden oder sonst noch etwas aus den Anhängen zum Vertrag?

Ein Beiblatt mit den Mitarbeitern muss ebenfalls beigefügt werden.

Mit der Anerkenniserklärung sind Informationen gemäß § 11 Abs. 8 des Vertrages anzufügen. Was bedeutet in §11 Abs. 8 der Punkt i) „Angaben zu § 125a SGB V“?

§11 Absatz 8: Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:

- Heilmittelbereich
- Name der Praxis
- Anschrift
- Telefonnummer
- E-Mail (optional)
- Homepage (optional)
- Barrierefreiheit (ja/nein) (optional)
- rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein) (optional)
- Angaben zu § 125a SGB V

Wohin muss die Anerkenniserklärung gesendet werden?

An die zuständige ARGE

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

Ich bin in einem Krankenhaus als angestellte/-r Podologe/-in tätig. Muss ich keine Anerkennungserklärung abgeben?

Der zugelassene Heilmittelerbringer muss die Anerkennungserklärung abgeben.

In den Unterlagen steht, dass die HMV nur rosa gedruckt sein darf. Sind andere Farben auch zulässig (z.B. blau oder weiß)?

Zulässig sind auch Verordnungen auf weißem oder blauem Papier sowie einseitig ausgedruckte Vordrucke.

Wo schreibt man die Taxierung bei der neuen HMV hin?

Gar nicht. Dieser Posten muss nicht mehr eingetragen werden, da diese aus der Verordnung hervorgehen.

Gelten die neuen Preise auch für Privatrezepte?

Nein. Privatrezepte kalkulieren Sie nach eigenem Ermessen, i.d.R. ist das der Kassensatz *1,4

Die Hausärzte würden keine Kassenrezepte mehr ausstellen - die Fachärzt*innen wären jetzt zuständig. Stimmt das?

Nein!

Mit welchem Satz werden die Privatkrankenkassen abgerechnet?

1,3 bis 3,6-facher Satz.

Wo werden die Leistungsziffern auf Privatrezepten notiert?

Gar nicht. Sie erstellen die Rechnung inkl. Diagnose und quittieren die Leistung. Der Patient zahlt bei Ihnen und reicht die Rechnung dann zur Erstattung bei seiner Krankenkasse ein.

Können neuerdings auch zwei statt früher drei oder sechs Behandlungen verordnet werden?

Es können für die podologische Behandlung eine bis sechs Behandlungen verordnet werden.

Für UI 1 können maximal 8 Behandlungseinheiten verordnet werden.

Für UI 2 können maximal 4 Behandlungseinheiten verordnet werden.

Blatt 2 der HMV ist nicht mit den Patientendaten bedruckt. Wie muss ich vorgehen?

Ohne die zweite Seite ist die HMV ungültig. Patient entweder zum Arzt schicken und nachtragen lassen, HMV nicht annehmen oder selbst mit dem Arzt Kontakt aufnehmen.

Muss die Diagnose „Neuropathie“ explizit zusätzlich beim diabetischen Fußsyndrom genannt werden?

Nein, laut Vertrag reicht entweder DFS oder diabetische Neuropathie. Das eine bedingt jeweils das andere.

Woher beziehen die Ärzte die gültigen ICD-10-Codes?

Die ICD-10-GM stammt von der ICD-10-WHO und wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasst. „10“ bedeutet die 10. Revision der Klassifikation und „GM“ bedeutet German Modification. Die ICD-10-GM wird jährlich überarbeitet und ist frei im Internet einzusehen.

Kann man die Kassenzulassung während der Mutterschutz- und Elternzeit ruhen lassen oder muss man sie für diese Zeit abgeben und nach der Elternzeit neu beantragen?

§ 3 Abs. 4: Der zugelassene Leistungserbringer kann bis zur Dauer von sechs Monaten je Kalenderjahr in seiner Praxis vertreten werden. Längere Vertretungen sind der regional zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V möglichst eine Woche vor Beginn anzuzeigen.

Wie lange kann/darf eine Kassenzulassung ruhen?

Eine Kassenzulassung kann bis zu sechs Monaten ruhen.

Müssen meine Angestellten auch Fortbildungspunkte sammeln? Wenn ja, wie viele im Jahr?

Ja, jeder ist zur gleichen Fortbildung verpflichtet.

Kann man die Zuzahlung für alle Behandlungen zu Beginn der Behandlungsserie kassieren, wenn man jetzt bei jedem Termin erst entscheidet, ob es eine kleine oder eine große Behandlung ist, dann ändert sich auch der Zuzahlungsbetrag?

Ja, dies ist möglich. Ggf. muss man den zu viel kassierten Betrag zurückerstatten.

Wie funktioniert das mit der Zwischenabrechnung?

Nach 3 Behandlungen kopieren, das Original einsenden. Auf dem Original vermerken: „Zwischenabrechnung“. Auf der Kopie die ersten drei Behandlungen durchstreichen, vermerken: „bereits abgerechnet“, darunter die drei Folgebehandlungen eintragen.

Darf ich in meiner Podologiepraxis mit Zulassung gleichzeitig mit einem/-r Fußpfleger/-in, die bei mir angestellt ist, arbeiten oder darf diese/-r nur arbeiten, wenn ich nicht in der Praxis bin?

Eindeutig getrennte Räumlichkeiten mit separatem Eingang, eigene Terminbücher, Kasse, Steuernummer!

Muss ich Hausbesuche machen?

Ja!