

Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Podologie und deren Vergütung zum 01.07.2024

Die zum 01.07.2024 in Kraft tretende Änderungsvereinbarung nach § 125 Abs. 1 SGB V regelt die Anpassungen in der podologischen Versorgung und deren Vergütung. Die Änderungen zielen darauf ab, die unterschiedlichen Interpretationen der Vertragsbestimmungen zu minimieren, berücksichtigen insbesondere notwendige Anpassungen an bisher nicht aktualisierte Anlagen und konkretisieren diverse Regelungen.

Zusätzlich wird die Bearbeitungsgebühr von 40 € für nachträgliche Änderungen abgeschafft.

Im Detail:

Vertragsänderungen/-ergänzungen:

- **§ 3 (4) Grundlagen der Leistungserbringung** wird folgender Satz angefügt
*Erfolgt eine temporäre **Praxisschließung von mehr als 8 Wochen** aufgrund von Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit oder Krankheit erlischt die Zulassung. Wird die Tätigkeit in denselben Praxisräumen wiederaufgenommen, ist ein **erneuter Zulassungsantrag** einzureichen. In diesem Fall wird nur die sächliche Ausstattung geprüft.*
- **§ 5 (1) Bestätigung der Leistung** wird wie folgt geändert:
*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**.*
- **§ 6 (2 a) Beginn der Behandlung** wird ergänzt:

Als **Behandlungsbeginn** gilt die **Eingangsbefundung** bzw. **Erstbefundung** oder die erste Therapieeinheit einer Verordnung. Die Befundungen bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung gemäß Heilmittelrichtlinie

- **§ 18 (12 a) Abrechnung** wird ergänzt:
Auf dem Original ist dies mit dem Vermerk „Zwischenrechnung“ kenntlich zu machen.

Ergänzungen der Anlage 1 a + 1 b – Leistungsbeschreibung

- **Folgende Abkürzungen sind in den Leistungsbeschreibungen nun für die einzelnen Maßnahmen festgelegt:**
 - 78010 Pod. Beh. kl.
 - 78020 Pod. Beh. gr.
 - 78040 Eing. Bef.
 - 78100 EBF groß
 - 78110 EBF klein
 - 78510 Kontrolle
 - 78520 Abschluss
 - 78210 Anp. Ross-Fraser
 - 78230 Nachregulierung
 - 78300 Anp. mehrteilig
 - 78400 Anp. Einteilig

Änderungen und Ergänzungen der Anlage 3

- **1. Ziel der Anlage** wird ergänzt:
*Nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts **sind** die zugelassenen Leistungserbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der **Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen** aus ihrer professionellen Sicht **auf zumutbar erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu überprüfen.***
- **3. Formerfordernis** wird ergänzt:

Eine **Verordnung** kann, z. B. im Rahmen eines Hausbesuchs der Ärztin oder des Arztes, auch **handschriftlich** ausgefüllt sein.

- **4. Korrekturmöglichkeit, -form und -zeitpunkt** wird ergänzt:
*Eine vertretungsberechtigte Ärztin oder ein **vertretungsberechtigter Arzt** kann Verordnungen ebenfalls ändern oder ergänzen, wenn ihre/seine Vertretungsberechtigung (z. B. durch ihren/seinen Arztstempel) auf der Verordnung erkennbar ist.*

*Anstelle der Originalverordnung kann auch ein ärztlich ausgestelltes Verordnungsduplikat abgerechnet werden, dabei ist es unschädlich, wenn das **Duplikat** von der Ärztin oder vom Arzt mit „Kopie“ bezeichnet wird.*

- **5. Verordnungsdaten** werden folgende Dinge geändert oder ergänzt worden:

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10—Code) wird umformuliert:

*a) Als therapierelevant nach § 27 Absatz 1 HeilM-RL ist ein ICD-10-Schlüssel anzusehen, der zumindest entweder das **Diabetische Fußsyndrom oder eine diabetische Neuropathie** deklariert.*

*b) Als **therapielevant** 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*

o) Bestätigungsfeld wird ergänzt:

Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe verständlich 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 einzutragen. Im weiteren Verlauf sind auch Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind von Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.

Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der Leistung und der Initialen des Leistungserbringers sind **mit Unterschrift der oder des Versicherten** gemäß Ziffer 4 Absatz 2 möglich.

o2) Begründung wird ergänzt:

„o2) Begründung

Begründung therapie therapie

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Bei Verordnungen mit einer der Diagnosegruppen UI1 und UI2 ist die Lokalisation des behandelten Zehs einmalig auf der Rückseite jeder VO im Feld Begründung zu dokumentieren (z. B. „U 1 links“ oder „U 3 rechts“).</p> <p>Bei Verordnungen mit einer der Diagnosegruppen UI1 und UI2 kann eine Therapie auch bereits nach der Erstbefundung beendet werden, z. B. wenn sich im Rahmen der Erstbefundung ergibt, dass sich der Zehennagel nicht für eine Nagelspannenbehandlung eignet. Der Leistungserbringer hat dies auf der Verordnungsrückseite im Feld „Begründung“ zu dokumentieren.</p>

q) Behandlungsabbruch wird ergänzt:

Wird im Verlauf einer Nagelspannenbehandlung das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht, ist die **Therapie** nach § 7 Abs. 2 des Vertrags zu **beenden**. Die Behandlung ist dann regulär beendet, dies **stellt keinen Therapieabbruch** dar.