



## Fragen–Antworten–Katalog Physiotherapie

Stand: 02.09.2021

Der Fragen–Antworten–Katalog wird fortlaufend aktualisiert. Veränderungen/Neuerungen sind kenntlich gemacht.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
	<b>Vertragsnummer</b>	Bitte beachten Sie, dass für den Bundesrahmenvertrag neue Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)/Vertragsnummer gelten:	<p>Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V:            21 00 501 = Masseur/Medizinischer Badebetrieb            22 00 501 = Krankengymnast/Physiotherapeut</p> <p>Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 5 SGB V:            27 00 511 = Krankenhaus            28 00 511 = Kurbetrieb            29 00 511 = Sonstiges therapeutische Heilperson*</p> <p>*Bitte beachten Sie, dass dieser LEGS in der Anlage 2 Teil A. noch falsch mit 29 00 531 aufgeführt ist.            Richtig ist: 29 00 511</p>
<b>(neu) !</b>	Abgrenzung alte Verträge zum neuen Bundesrahmenvertrag	Gelten die vertraglichen Regelungen des Bundesrahmenvertrages Physiotherapie auch für Verordnungen, die vor dem Inkrafttreten des Vertrages ausgestellt wurden?	Ja, der neue bundeseinheitliche Vertrag greift für alle Verordnungen (unabhängig vom Verordnungsdatum), bei denen mindestens eine Behandlung nach dem 31.07.2021 liegt.
<b>(neu)</b>	<b>Redaktioneller Hinweis zur Anlage 4 (Fortbildung)</b>		<p>Bitte beachten Sie den redaktionellen Verweisfehler unter Ziffer 4 bei folgendem Spiegelstrich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Praxisinterne Fortbildungen, sofern die oder der Dozierende die Anforderungen nach Ziffer 6 nicht erfüllt</li> </ul> <p>Richtig ist der Verweis auf Ziffer 5.</p>

	Vertrag		
1	Übergangszeitraum	Der neue Bundesrahmenvertrag muss von jeder bereits zugelassenen Praxis innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Vertrages anerkannt werden. Gelten die bisher gültigen Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung bis zur Anerkennung weiter, oder gilt der Bundesrahmenvertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V ab dem Tag des Inkrafttretens?	Der neue Bundesrahmenvertrag gilt für alle bereits zugelassenen Praxen ab dem Tag des Inkrafttretens am 01.08.2021. Er muss bis zum 31.01.2022 anerkannt werden, um das Fortbestehen der bereits erteilten Zulassung zu gewährleisten. <a href="https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/zulassende_stellen/zulassungsstellen">https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/zulassende_stellen/zulassungsstellen</a>
2 (überarbeitet)	Übergangszeitraum Abrechnung der neuen Preise	Dürfen die neuen Preise auch vor der Anerkennung des neuen Bundesrahmenvertrages abgerechnet werden?	Ja.
3	Fachliche Leitung	Die fachliche Leitung einer Praxis kann im Jobsharing erfolgen. Auf wie viele Therapeut*innen kann die fachliche Leitung dabei aufgeteilt werden?	Eine Höchstzahl an fachlichen Leiter*innen ist nicht definiert. Die fachliche Leitung der Praxis muss jedoch gewährleistet sein und die Praxis gemäß § 12 Absatz 1 des Vertrages für mindestens 25 Stunden an mindestens 3 Tagen wöchentlich für die Therapie der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen.
4	Praktische Ausbildung in der Praxis	Kann ein*e Schüler*in/Student*in in einer Praxis nur dann Patient*innen behandeln, wenn ein*e ausgebildete Physiotherapeut*in im Raum anwesend ist?	Nein. Schüler/Studenten können abhängig vom Lernstand Patient*innen auch selbständig behandeln, wobei eine Aufsicht und die Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person gewährleistet sein muss.
5	Praktische Ausbildung „Hausbesuch“	Darf ein*e Schüler*in/Student*in allein einen Hausbesuch tätigen?	Nein.
6	Praktische Ausbildung „Zertifikatspositionen“	Wann dürfen Leistungen durch Schüler*innen/Studierende nur unter ständiger Aufsicht und Anwesenheit eines entsprechend qualifizierten Leistungserbringers erbracht werden?	Bei besonderen Maßnahmen der Physiotherapie, die eine gesonderte Abgabeberechtigung der Zulassungsstelle voraussetzen (Zertifikatspositionen).

7	Verordnungsmanagement Parallele Verordnungen	Es werden 2 Verordnungen mit identischen ICD-10-GM-Codes und identischen Diagnosegruppen vorgelegt, in dem einen Fall soll aber laut Lokalisation die rechte und in dem anderen Fall die linke Schulter behandelt werden. Können beide Verordnungen parallel ausgeführt werden?	Ja, durch die unterschiedlichen Lokalisationen auf den Verordnungen handelt es sich um unterschiedliche Verordnungsfälle und daher können beide Verordnungen parallel ausgeführt werden.
8	Verordnungsmanagement Ergänzendes Heilmittel	Falls das ergänzende Heilmittel von der Ärztin oder dem Arzt nicht spezifiziert wurde, auf der VO also z.B. „WT“ bzw. Wärmetherapie steht – kann die Therapeutin oder der Therapeut in diesem Fall über das abzugebende ergänzende Heilmittel selbst entscheiden?	Ja, die Therapeutin oder der Therapeut kann das abzugebende ergänzende Heilmittel (Heißluft, Wärmepackung, Heiße Rolle oder Ultraschall- Wärmetherapie) selbst auswählen. Sie oder er hat dabei aber das so genannte Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V zu beachten, d.h. das ausgewählte ergänzende Heilmittel der Wärmetherapie muss mit Blick auf das Therapieziel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Eine Änderung der VO ist nicht nötig, die Patientin oder der Patient quittiert die erhaltene Maßnahme, z. B. „Heiße Rolle“ auf der Rückseite der VO.
9	Verordnungsmanagement Bestätigung der Leistung	Dürfen Patient*innen, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die erhaltene Maßnahme selbst quittieren?	Nein. In diesem Fall ist der Empfang der Maßnahme von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu quittieren. Mit Vollendung des 10. Lebensjahres kann die Patientin oder der Patient den Empfang der Maßnahme dann selbst quittieren.
10 (überarbeitet)	Verordnungsmanagement Beginn der Behandlung	Die VO konnte nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die Ärztin oder der Arzt einen späteren Beginn vermerken?	Nein, das ist nicht möglich. Die VO ist ungültig.  Die Verordnung kann durch die Ärztin oder den Arzt entweder mit Unterschrift und Datumsangabe geändert oder es kann eine neue Verordnung ausgestellt werden.

12	Verordnungsmanagement Beginn der Behandlung	Die Ärztin oder der Arzt hat einen dringlichen Behandlungsbedarf (Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen) angekreuzt, die Behandlung kann in diesem Zeitraum aber nicht begonnen werden. Kann die Ärztin oder der Arzt das Kreuz im Feld „dringlicher Behandlungsbedarf“ mit Unterschrift und Datumsangabe streichen?	Ja, die Ärztin oder der Arzt kann unter Angabe von Datum und Unterschrift das Kreuz streichen, die Streichung muss aber vor der Abrechnung erfolgen und die Behandlung muss innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Beispiel: Ausstellungsdatum der VO: 02.08.2021 14-Tages-Frist: 03.08.2021–16.08.2021 Behandlung muss bis zum 16.08.2021 beginnen. 28-Tages-Frist: 03.08.2021 – 30.08.2021 Behandlung muss bis zum 30.08.2021 beginnen.
13	Verordnungsmanagement Gültigkeit	Wie lange ist eine Verordnung gültig?	Verordnungen mit bis zu 6 verordneten Behandlungseinheiten verlieren 3 Monate, Verordnungen mit mehr als 6 verordneten Behandlungseinheiten 6 Monate ab dem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit. Die Behandlung ist nach Ablauf der Gültigkeitsdauer der Verordnung abbrechen.
14 (überarbeitet)	Verordnungsmanagement Gültigkeit	Für welche Verordnungen gelten die in § 7 Abs. 3a genannten Fristen für die Gültigkeit der Verordnung?	Für Verordnungen, bei denen die letzte Behandlung bis zum 31.07.2021 durchgeführt wurde, ist die Gültigkeit der Verordnung gemäß der Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung geregelt. Für alle Verordnungen, welche Behandlungen ab dem 01.08.2021 enthalten, gelten dann die neuen 3 bzw. 6-Monatsfristen gemäß § 7 Abs. 3a. * Verweis auf die Corona-Sonderregelung für den Heilmittelbereich ( <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp">https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp</a> )
14.1 (neu)	§ 8 Abs. 4 Satz 7 „Zuzahlung“	Kann die schriftliche Erinnerung des Patienten an die Zuzahlung auch nach der dritten, vierten usw. bzw. nach Abschluss der Behandlungsserie erfolgen?	Ja.

14.2 (neu)	§ 18 Abs. 5 Nachforderung von Zuzahlung	Bis zu welchem Zeitraum ist die Nachforderung einer Zuzahlung gegenüber einer Krankenkasse möglich?	In §18 Abs. 5 des Vertrages ist aufgeführt, dass die Nachforderung nach 9 Monate, nachdem die Behandlungen abgeschlossen worden sind, erfolgen kann.
15	Verordnungsmanagement Behandlungsunterbre- chungen	Ohne Begründung dürfen Behandlungen nach § 16 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) oder § 15 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden. Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel (F, K oder T) zu dokumentieren. Welche Folgen hat das Fehlen der Kürzel (F, K oder T) bei Behandlungsunterbrechungen von mehr als 14 Kalendertagen?	Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Bei Unterbrechungen von mehr als 14 Tagen ist dies mit den Kürzeln (F, K oder T) auf der Verordnung zu begründen. Fehlen die Kürzel auf der Verordnung, dann führt das innerhalb der Rahmenfrist der Verordnung nach § 7 Abs. 3a Vertrag (3 bzw. 6 Monate nach dem ersten Behandlungstag) nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung der Krankenkassen.
16	Verordnungsmanagement Behandlungsunterbre- chung im Krankheitsfall	Umfasst die erlaubte Unterbrechung einer Behandlung von mehr als 14 Tagen im Krankheitsfall der oder des Versicherten/des Leistungserbringers (Kürzel K) auch Reha- und Krankenhausaufenthalte?	Ja, Reha- und Krankenhausaufenthalte sind umfasst.
17	Verordnungsmanagement Abrechnung	Wie oft darf die Praxis abrechnen?	Die Praxis kann bis zu 3-mal im Monat beendete oder abgebrochene Verordnungen abrechnen.
18	Verordnungsmanagement Abrechnung	Bis wann müssen abgeschlossene VO abgerechnet werden?	Für Verordnungen, bei denen die letzte Behandlung bis zum 31.07.2021 durchgeführt wurde, ist der späteste Zeitpunkt der Abrechnung der Verordnung gemäß der Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung geregelt. Für alle Verordnungen, die mindestens eine Behandlung ab dem 01.08.2021 enthalten, gilt dann die Regelung in § 18 Abs. 5, d.h. innerhalb von 9 Monaten nach Abschluss der Verordnung muss die Abrechnung bei der Krankenkasse bzw. deren Abrechnungsdienstleister vorliegen.

19	Verordnungsmanagement Abrechnung	Wie lange darf eine Krankenkasse Rückforderungen geltend machen?	Rückforderungen der Krankenkasse sind innerhalb von 9 Monaten nach Eingang der Abrechnung möglich. Bei Rückforderungen wegen einer so genannten unerlaubten Handlung – z. B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen – gilt gemäß § 45 SGB I die gesetzliche Verjährungsfrist von 4 Jahren.
19.1 (neu)	§ 17 Abs. 2 „Mehrere Zulassungen unter einem IK“	<i>Bei Verwendung eines Praxis-İK durch mehrere Leistungserbringer ist der behandelnde Leistungserbringer oder sind die behandelnden Leistungserbringer in der Abrechnung namentlich zu nennen.</i>  Welche Fallkonstellationen sind davon betroffen?	In verschiedenen Bundesländern wurde es in der Vergangenheit akzeptiert, dass verschiedene „Leistungsbereiche“ (z.B. Physio und Ergo) unter einem IK abrechnet werden können. Vom Grundsatz her ist das IK dafür aber nie vorgesehen gewesen. Dort, wo zwei oder mehr Leistungsarten zugelassen worden sind, werden inzwischen zusätzliche IKs benötigt, d.h. die betroffenen Praxen müssen für die weiteren Leistungsbereiche eigene IKs beantragen. Das „alte“ IK kann dabei für einen der bisherigen Leistungsbereiche beibehalten werden. Eine namentliche Benennung der einzelnen behandelnden Leistungserbringer des jeweiligen Leistungsbereichs ist damit nicht erforderlich.
19.2 (neu)	§ 6 Abs. 1 Abrechnungsberechtigung	<i>„Bei Vorliegen aller Dokumente und Voraussetzungen kann die Abrechnungsberechtigung auch nachträglich erteilt werden.“</i>  Ab welchen Zeitpunkt gilt die Abrechnungserlaubnis als erteilt bzw. wird die Erlaubnis rückwirkend zum Tag der Antragsstellung nach Eingang der vollständigen Unterlagen erteilt? Kann diese auch nachträglich noch erteilt werden?	Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V oder die Abrechnungsberechtigung durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde. Die Abrechnungsberechtigung kann auch nachträglich erteilt werden. (§6 Abs. 4 Vertrag)
19.3 (neu)	§ 7 Abs. 6 Satz 7 HeilM-RL i.V.m. § 7 Abs. 3a Frequenzspannen/Höchstverordnungsmenge/Gültigkeit der Verordnung	Auf einer Verordnung ist die Frequenz mit einer Spanne angegeben (z. B. 1–3 x). Verordnet sind beispielsweise 36 Einheiten, behandelt wird jede Woche mit einer anderen Frequenz. Dürfen alle 36 Einheiten durchgeführt werden, auch wenn Behandlungen	Ja. Gemäß § 7 Abs. 6 Satz 7 Heilmittelrichtlinie behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 16 Absatz 4 HeilM-RL ihre Gültigkeit, soweit die verordneten Behandlungseinheiten innerhalb des 12- Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden. Dabei ist

		außerhalb der 12–Wochen–Frist abgegeben werden?	aber zu beachten, dass der neue Rahmenvertrag die Gültigkeit der Verordnung auf 6 Monate (ab dem ersten Behandlungstag) begrenzt, d.h. die Behandlung muss nach 6 Monaten zwingend abgebrochen werden.
19.4 (neu)	§ 11 Abs. 5 „Räumliche Trennung“	<p>„Die Praxis muss für die Versicherten zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Physiotherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein. Die Praxisräume sollen zusammenhängend sein. Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Heilmitteldisziplin angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die für diese Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. Wartebereich und Toiletten können gemeinsam genutzt werden.“</p> <p>Dürfen Leistungen der Rehabilitation (EAP/MTT/MAT), die von anderen Kostenträgern übernommen werden (DGUV, DRV), in den KGG–Räumen der Praxis während der Öffnungszeiten durchgeführt werden?</p>	Ja.
19.5 (neu)	§ 3 Absatz 6a „Einsatz von SchülerInnen/Studierenden“	<p>Können Personen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sich vom Masseur/med. Bademeister zum Physiotherapeuten nachqualifizieren oder</li> <li>– mit einer ausländischen Berufsausbildung zur Anerkennung ihrer Ausbildung in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen Anpassungslehrlang absolvieren bzw.</li> <li>• eine Prüfung über die Inhalte des deutschen Staatsexamens durchführen,</li> </ul> </li> </ul> <p>in der Praxis eingesetzt werden?</p>	Ja, diese Personen fallen unter die Regelungen zu § 3 Abs. 6a des Rahmenvertrages zu Schülerinnen, Schüler und Studierenden.

<b>19.6</b> <b>(neu)</b>	§ 3 Abs. 15 Vertrag „Nicht spezifiziertes ergänzendes Heilmittel“	Kann der Therapeut z.B. bei einer nicht spezifizierten Wärmetherapie die Art der Wärmetherapie während der Behandlungsserie wechseln, also z.B. bei einer 6er-Verordnung 3x Heißluft und 3x Heiße Rolle abgeben und abrechnen?	Ja, je Behandlungstermin ist das indikationsbezogen wirksamste Heilmittel auszuwählen.
<b>Anlage 2- Vergütungsvereinbarung</b>			
<b>19.7</b> <b>(neu)</b>	Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und Rückbildungsgymnastik“	Die zum 01. August in Kraft getretene Vergütungsvereinbarung enthält keine Regelungen zur Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und Rückbildungsgymnastik“.	Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Berufsverbände stimmen aktuell eine Vereinbarung zur Abrechnung dieser beiden Positionen miteinander ab. Ziel ist es, dass die Leistungen ab 01.08.2021 weiterhin durchgeführt und abgerechnet werden können.
<b>19.8</b> <b>(neu)</b>	Abrechnung unterschiedlicher Leistungen und Preise	Wie muss in der Abrechnung der Datensatz angeliefert werden, wenn Verordnungen Behandlungen bis 31.07. und nach dem 01.08.2021 enthalten?	Eine Splittung der Abrechnung ist nicht notwendig. In einem Datensatz können unterschiedliche LEGS / Positionen und Preise auf Positionsebene angegeben werden (siehe technische Anlage gemäß §302 SGB V). D.h. für alle Behandlungen bis 31.07.2021 sind die alten LEGS/ Positionsnummern/Preise anzugeben und für Behandlungen ab dem 01.08.2021 gelten die neuen LEGS/Positions-nummern/Preise.
<b>19.9</b> <b>(neu)</b>	Anlage 2 - Vergütungsvereinbarung, Buchstabe B) Absatz 6	Auf welchen Vorgang bezieht sich der Stichtag 01.09. für die erstmalige Abrechnung der neuen Preise?	Der Stichtag 01.09. bezieht sich auf den Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den Krankenkassen bzw. den von ihnen benannten Stellen.
<b>Anlage 3a und 3b</b>			
<b>19.10</b> <b>(neu)</b>	Anlage 3a, Ziff. 5c) und Anlage 3b, Ziff. 5b) „Hausbesuch“	Ein Hausbesuch wurde verordnet, der Patient ist aber in der Lage die Praxis aufzusuchen. Muss die Angabe Hausbesuch „ja“ vom Leistungserbringer auf „nein“ geändert werden?	Nein. Ist ein Hausbesuch nicht bzw. nicht bei jeder Behandlung erforderlich, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht notwendig.



<p><b>19.11</b> <b>(neu)</b></p>	<p>Anlage 3a/3b Ziff. 4 „Korrekturverfahren“</p>	<p>Wann beginnt die 3- Monatsfrist, wenn die Krankenkasse die Unterlagen nicht dem zugelassenen Leistungserbringer, sondern dem Abrechnungsdienstleister des Leistungserbringers übersendet?</p>	<p>Die 3-Monatsfrist beginnt mit Zugang der Unterlagen beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsdienstleister.</p>
<p><b>19.12</b> <b>(neu)</b></p>	<p>Anlage 3a, Ziff. 5 g2) und Anlage 3b, Ziff. 5 h) „Ergänzendes Heilmittel“</p>	<p>Die Angaben zum Zeitpunkt einer Korrektur beim ergänzenden Heilmittel widersprechen sich: <i>„Erfolgen die Korrektur oder der Nachtrag des ergänzenden Heilmittels nicht vor der Behandlung, wird das ergänzende Heilmittel nicht vergütet.“ bzw. „Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.“</i> Welcher Zeitpunkt ist maßgeblich?</p>	<p>Ist das ergänzende Heilmittel gemäß §3 Abs. 15 des Vertrages ärztlicherseits nicht näher spezifiziert (z.B. bei Wärmetherapie), kann der Leistungserbringer je Behandlungstermin das indikationsbezogen wirksamste Heilmittel auswählen, wobei es hier keiner Korrektur bedarf. Ist eine Korrektur einer ärztlicherseits konkreten Auswahl eines ergänzenden Heilmittels aus Sicht des Leistungserbringers erforderlich, dann kann die Korrektur durch den Arzt bis zum Zeitpunkt „vor Einreichung der Abrechnung“ erfolgen. Ist ein Nachtrag eines ärztlicherseits nicht verordneten ergänzenden Heilmittel aus Sicht des Leistungserbringers erforderlich, sollte dieser Nachtrag vor Beginn der Behandlung erfolgen bzw. bekannt sein. Die Korrektur des ergänzenden Heilmittels muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen, dennoch muss dem Leistungserbringer vor Beginn der Behandlung das nachzutragende ergänzende Heilmittel bekannt sein.</p>
<p><b>19.13</b> <b>(neu)</b></p>	<p>Anlage 3a, Ziff. 5 q ) und Anlage 3b, Ziff. 5 n) „Behandlungsabbruch“</p>	<p>Bei der Angabe des Zeitpunktes des Behandlungsabbruchs wird darauf verwiesen, dass die Korrekturmöglichkeit und der Korrekturzeitpunkt „entfällt“. Dennoch kann es dazu kommen, dass der Tag des Behandlungsabbruchs durch den Leistungserbringer nicht auf der Verordnung dokumentiert wird. Was es gilt es zu tun?</p>	<p>Für den Fall, dass das Feld „Behandlungsabbruch“ im Einzelfall nicht ausgefüllt wurde, gilt der letzte auf der Verordnung dokumentierte Behandlungstag als Tag des Abbruchs der Behandlung. Eine nachträgliche Ergänzung der Angabe durch den Leistungserbringer ist nicht erforderlich.</p>

19.14 (neu)	Anlage 3a, Ziff. 5 g1) und Anlage 3b, Ziffer 5 f) „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“; hier MLD	Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt verordnet bei der Manuellen Lymphdrainage (MLD) eine längere Behandlungsdauer als gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 7 der Heilmittelrichtlinie zulässig. Muss die Angabe zur Dauer der MLD durch die Ärztin oder den Arzt korrigiert werden?	Ja, die Zeitangabe muss gemäß der Heilmittelrichtlinie von der Ärztin oder dem Arzt herab gesetzt und korrigiert werden.
19.15 (neu)	Anlage 3a Buchstabe l), Anlage 3b Buchstabe g)	Kann die Therapiefrequenz auf der Vorderseite der Verordnung geändert werden?	Nein, Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle durch Setzen des Kreuzes vermerkt werden. Eine Korrektur muss vor Einreichen der Abrechnung erfolgt sein. Eine Ergänzung oder Korrektur der Therapiefrequenz auf der Vorderseite der Verordnung darf nur durch die Ärztin oder den Arzt vorgenommen werden.
20	VO Korrektur/Ärztin oder Arzt	Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt möchte Angaben auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss dabei ein Arztstempel verwendet werden?	Nein. Änderungen und Ergänzungen der Ärztin oder des Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der ergänzten/ geänderten Angabe, ein Arztstempel ist hingegen nicht notwendig.
21	VO Korrektur	Angaben auf der Verordnung müssen geändert bzw. ergänzt werden. Muss die Änderung/Ergänzung auf dem Originalverordnungsvordruck erfolgen?	Nein, die Änderung/Ergänzung kann auch auf einer Kopie der Verordnung erfolgen durch die Ärztin oder des Arztes auch per Fax oder verschlüsselter E-Mail versandt werden kann. Die ergänzte/korrigierte Kopie der Verordnung bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen.
22	VO Korrektur/PT	Bestimmte Angaben kann der Leistungserbringer selbst auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss das immer mit Datum und der Unterschrift des Leistungserbringers*in erfolgen?	Ja, das Datum, die Unterschrift und (!) das Kürzel „LE“ (für Leistungserbringer) müssen neben der ergänzten/geänderten Angabe erfolgen. Dabei ist wichtig, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Dabei dürfen keine Korrekturmittel wie z. B. Tipp-Ex verwendet werden.

23	VO Korrektur/PT	<p>In den Anlagen 3a/3b ist an verschiedenen Stellen folgendes geregelt:  <i>„Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.“</i></p> <p>Wer muss hier unterschreiben? Kann hier nur die Therapeutin oder der Therapeut, oder auch die Verwaltungskraft unterschreiben?</p>	<p>Die Änderungen/Ergänzungen auf der Verordnung können von Therapeut*innen oder von Verwaltungs- / Assistenzkräften unterschrieben werden.</p>
24		<p>Die Verordnung ist auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Kann eine fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Verordnung trotzdem begonnen werden?</p>	<p>Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei oder vollständig sein, kann die Behandlung aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind.</p> <p>Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Angaben (im Personalfeld): <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Name, Vorname des Versicherten“,</li> <li>- „geb. am“,</li> <li>- „Krankenkasse bzw. Kostenträger“</li> <li>- das Ausstellungsdatum</li> </ul> </li> <li>• Diagnose,</li> <li>• konkretes Heilmittel (inkl. Zeitangabe bei MLD),</li> <li>• Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.</li> </ul> <p>Die fehlenden oder fehlerhaften Angaben können gemäß den Regelungen in Anlage 3a (Ärzte) bzw. 3b (Zahnärzte) des Vertrages korrigiert werden.</p>

25		Wie läuft das Verfahren der Korrektur ab und welche Fristen sind dabei zu beachten?	<p>Die Korrekturmöglichkeiten sind in Anlage 3a (Ärzte) bzw. 3b (Zahnärzte) des Rahmenvertrages unter Ziffer 5 beschrieben. Sofern dort eine Korrektur auch nach der Abrechnung eingeräumt wird, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3a bzw. 3b des Rahmenvertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb von 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.</p>
26		Welche Änderungen an einer Verordnung müssen von der Ärztin oder dem Arzt vorgenommen werden und was ist dabei zu beachten ?	<p>Soweit in Anlage 3a nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe.</p> <p>Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe. Eine Ergänzung/ Korrektur der Verordnung ist per verschlüsselter E-Mail oder per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Die ergänzte/ korrigierte</p>

			<p>Kopie der Verordnung bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen.</p> <p>Dieselben Regelungen gelten gemäß Anlage 3b analog auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte.</p>
27		Was passiert, wenn eine Angabe auf der Verordnung am falschen Ort steht?	<p>Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.</p>
28	Abweichung vom verordneten Heilmittel bei KG ZNS	<p>Beispiel: Die Ärztin oder der Arzt hat „KG ZNS Bobath“ verordnet, die Therapeutin oder der Therapeut schlägt anstatt dessen die Behandlungsmethode „Vojta“ vor. Muss die Ärztin oder der Arzt, wenn sie oder er der Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten folgt, die Verordnung entsprechend auf „KG ZNS Vojta“ ändern?</p>	<p>Nein, einer Änderung durch die Ärztin oder den Arzt bedarf es nicht, denn der/die Leistungserbringer kann die Verordnung gemäß Frage 22 ändern, weil Abweichungen von <u>ergänzenden</u> Angaben zum Heilmittel im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich sind.</p>
29	Leitsymptomatik	<p>Die Ärztin oder der Arzt hat keine Leitsymptomatik angekreuzt und auch keinen Klartext geschrieben. Was ist zu tun?</p>	<p>Die Leitsymptomatik ist eine Pflichtangabe, sie wird entweder buchstabenkodiert, als Klartext oder alternativ als ein Kreuz bei patientenindividueller Leitsymptomatik plus Klartextangabe auf der Verordnung angegeben. Die Ergänzung der Leitsymptomatik durch die/den Leistungserbringer auf der Verordnung ist im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt gemäß Frage 22 möglich.</p>

30	Leitsymptomatik	Die Ärztin oder der Arzt hat zwar das Feld „patientenindividuelle Leitsymptomatik“ angekreuzt, aber die Leitsymptomatik nicht als Klartext ausgeschrieben. Was ist zu tun?	Bei der patientenindividuellen Leitsymptomatik ist eine Klartextangabe erforderlich, d. h. die Verordnung muss ergänzt werden, siehe auch Antwort zu Frage 29.
31	Diagnose	Dürfen bei einer Patientin oder einem Patienten 2 Verordnungen auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe parallel ausgeführt werden?	Nein, sofern die Diagnosegruppe und die Diagnose (ICD-10-GM-Code bis auf die letzte Stelle) auf 2 Verordnungen vollständig identisch sind, dürfen die Behandlungen nicht parallel erbracht und abgerechnet werden.  Sofern die ansonsten gleichen Diagnosen aber eine unterschiedliche Lokalisation aufweisen, können diese durch die Stelle nach dem Punkt durch die Angabe „re.“ und/oder „li.“ definiert werden. Diese Angabe unterschiedlicher Lokalisationen begründet dann 2 Verordnungsfälle, die parallel abgegeben werden können (z. B. Behandlung rechtes und linkes Bein). Wenn aus Patientensicht (Verträglichkeit/Überforderung) nichts dagegenspricht, dürfen diese Verordnungen dann auch parallel am selben Tag ausgeführt werden.
32		Können 2 parallel ausgestellte Verordnungen mit vollständig identischem ICD-10-GM-Code (ggf. inkl. der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien zeitgleich erbracht werden, sofern diese von 2 verschiedenen Ärzt*innen verordnet worden sind?	Nein, sofern dem Leistungserbringer von einer Patientin oder einem Patienten 2 parallel ausgestellte Verordnungen mit vollständig identischem ICD-10-GM-Code (bis auf die letzte Stelle, ggf. inklusive der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien vorliegen, darf er diese nicht zeitgleich durchführen. Dies gilt auch in dem Fall, dass die betreffenden Verordnungen von 2 verschiedenen Ärzt*innen ausgestellt wurden.

33		<p>Die gleiche Ärztin oder der gleiche Arzt verordnet parallel bei vollständig identischem ICD-10-GM-Code (ggf. inkl. der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien unterschiedliche Maßnahmen auf 2 Verordnungen.</p> <p>Können diese beiden Verordnungen parallel erbracht werden?</p>	<p>Nein, sofern der ICD-10-GM-Code vollständig identisch ist (bis auf die letzte Stelle, ggf. inklusive der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) und dieselbe Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien vorliegt, dürfen die Verordnungen nicht parallel durchgeführt werden. Die Ärztin oder der Arzt kann aber die Verordnungsmenge einer Verordnung auf bis zu 3 unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufteilen (z. B. 3x KG, 3x MT), soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Hierbei hat sie oder er die Höchstverordnungsmenge des Heilmittelkataloges zu beachten.</p>
34		<p>Die Ärztin oder der Arzt hat einen ICD-10-GM-Code, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, aus der Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs (Anlage 2 zur HeilM-RL) oder des Besonderen Verordnungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V in das zweite ICD-10-GM-Code-Feld der Verordnung eingetragen. Der im ersten Feld angegebene ICD-10-GM-Code findet sich nicht in einer der beiden Listen. Gilt hier dennoch, dass von der Ärztin oder dem Arzt für den Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden kann?</p>	<p>Die Reihenfolge der ICD-10-Angaben auf der Verordnung ist nicht relevant. Entscheidend ist, dass auf der Verordnung ein passender ICD-10-GM-Code aus einer der beiden Listen angegeben wurde, der in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen langfristigen Heilmittelbedarf oder besonderen Verordnungsbedarfs begründet. Ergänzend ist zu beachten, dass bei besonderen Verordnungsbedarfen teilweise auch 2 ICD-10-GM-Codes notwendig sind. Dabei ist die Reihenfolge der angegebenen ICD-10-GM-Codes ebenfalls unerheblich, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist.</p>

	Vertrag und Anlage 5 Zulassung		
36		Darf in einer zugelassenen PT Praxis auch z.B. ein Heilpraktiker, Ernährungsberater, Kosmetiker tätig sein?	Ja. Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Heilmitteldisziplin angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die für diese Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. Wartebereich und Toiletten können gemeinsam genutzt werden.
37	Verkauf einer Praxis	Die Praxis, die verkauft werden soll, ist seit vielen Jahren zugelassen. Muss der Käufer der Praxis ggf. Umbauten vornehmen, weil sich die Zulassungsvoraussetzungen seit dem Zeitpunkt der Zulassung geändert haben?	Nein. Hinsichtlich der räumlichen Voraussetzungen wird dem Käufer der Praxis Bestandschutz gewährt.
38	Bereich	In der Anlage 5 steht bei den räumlichen Mindestvoraussetzungen: 1 Bereich mit mindestens 15 qm plus 1 Bereich mit mindestens 8 qm. Was ist ein Bereich?	Ein Behandlungsbereich sollte durch einen Sichtschutz in einer Höhe von mindestens 2 Metern von anderen Bereichen abgetrennt sein. Der Zugang zum Behandlungsbereich sollte ebenfalls sichtgeschützt sein.