



## Fragen–Antworten–Katalog Physiotherapie

Stand: 24.11.2021

Der Fragen–Antworten–Katalog wurde überarbeitet und ergänzt. Bitte beachten Sie die neue Nummerierung der Fragen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
1	<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>
2	<b>Abgrenzung alte Verträge zum neuen Bundesrahmenvertrag</b>	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.
3	<b>Übergangszeitraum</b>	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>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
4	<b>Übergangszeitraum Abrechnung der neuen Preise</b>	Dürfen die neuen Preise auch vor der Anerkennung des neuen Bundesrahmenvertrages abgerechnet werden?	Ja.
5	<b>Redaktioneller Hinweis zur Anlage 4 (Fortbildung)</b>		Bitte beachten Sie den redaktionellen Verweisfehler unter Ziffer 4 bei folgendem Spiegelstrich: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Praxisinterne Fortbildungen, sofern die oder der Dozierende die Anforderungen nach Ziffer 6 nicht erfüllt</li> </ul> Richtig ist der Verweis auf Ziffer 5.
<b>Vertrag</b>			
6	Fachliche Leitung § 3 Abs. 1	Die fachliche Leitung einer Praxis kann im Jobsharing erfolgen. Auf wie viele Therapeutinnen oder Therapeuten kann die fachliche Leitung dabei aufgeteilt werden?	Eine Höchstzahl an fachlichen Leiterinnen oder fachlichen Leiter 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.
7	Grundsätze der Leistungserbringung § 3 Abs. 5	Was ist unter „unmittelbarem räumlichen Umfeld“ zu verstehen?	Die Räume dürfen für therapeutische Zwecke beispielsweise zum Üben des Treppensteigens verlassen werden, wenn es insbesondere der Mobilitätsfunktion der Patientinnen oder Patienten dient.
8	Einsatz von Schülerinnen oder Schüler/Studierenden § 3 Absatz 6a	Können Personen, die <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich von der Masseurin und med. Bademeisterin oder vom Masseur und med. Bademeister zur Physiotherapeutin oder 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> in der Praxis eingesetzt werden?	Ja, diese Personen fallen unter die Regelungen zu § 3 Abs. 6a des Rahmenvertrages zu Schülerinnen oder Schülern und Studierenden.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
9	Praktische Ausbildung in der Praxis § 3 Abs. 6a	Kann eine Schülerin oder ein Schüler/eine Studentin oder Student in einer Praxis nur dann Patientinnen oder Patienten behandeln, wenn eine ausgebildete Physiotherapeutin oder ein ausgebildeter Physiotherapeut im Raum anwesend ist?	Nein. Schülerinnen oder Schüler/Studierende können abhängig vom Lernstand Patientinnen oder Patienten 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.
10	Praktische Ausbildung „Hausbesuch“ § 3 Abs. 6a	Darf eine Schülerin oder ein Schüler/eine Studentin oder ein Student allein einen Hausbesuch tätigen?	Nein.
11	Praktische Ausbildung „Zertifikatspositionen“ § 3 Abs. 6a	Wann dürfen Leistungen durch Schülerinnen oder Schüler/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).
12	Parallele Verordnungen § 3 Abs. 9	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.
13	Ergänzendes Heilmittel § 3 Abs. 15	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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
14	Nicht spezifiziertes ergänzendes Heilmittel § 3 Abs. 15	Kann die Therapeutin oder 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.
15	Bestätigung der Leistung § 5 Abs. 4	Dürfen Patientinnen oder Patienten, 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.
16	Beginn der Behandlung § 6 Abs. 3 i.V.m. Anlage 3a/3b	Die VO konnte nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt das Ausstellungsdatum auf der Verordnung mit Unterschrift und Datumsangabe aktualisieren oder muss eine neue Verordnung ausgestellt werden?	Die Verordnung kann durch die Ärztin oder den Arzt entweder mit Unterschrift und Datumsangabe geändert oder es kann eine neue Verordnung ausgestellt werden. Bei einer Änderung der Verordnung kann die Behandlung erst ab dem Tag der Änderung der Datumsangabe durch die Ärztin oder den Arzt begonnen werden.
17	Beginn der Behandlung § 6 Abs. 3 i.V.m. Anlage 3a/3b	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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
18	Frequenzspannen/ Höchstverordnungs- menge/ Gültigkeit der Verordnung § 7 Abs. 6 Satz 7 HeilM- RL i.V.m. § 7 Abs. 3a	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 außerhalb der 12–Wochen–Frist abgegeben werden?	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 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	Gültigkeit der Verordnung § 7 Abs. 3a	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 nachdem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit. Die Behandlung ist nach Ablauf der Gültigkeitsdauer der Verordnung abubrechen.
20	Gültigkeit der Verordnung § 7 Abs. 3a	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>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
21	Behandlungsunterbrechungen § 7 Abs. 3a	<p>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.</p> <p>Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel (F, K oder T) zu dokumentieren.</p> <p>Welche Folgen hat das Fehlen der Kürzel (F, K oder T) bei Behandlungsunterbrechungen von mehr als 14 Kalendertagen?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
22	Behandlungsunterbrechung im Krankheitsfall § 7 Abs. 3a	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.
23	Zuzahlung § 8 Abs. 4 Satz 7	Kann die schriftliche Erinnerung der Patientinnen oder Patienten an die Zuzahlung auch nach der dritten, vierten usw. bzw. nach Abschluss der Behandlungsserie erfolgen?	Ja.
24	Räumliche Trennung innerhalb der Praxis § 11 Abs. 5	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?	Ja.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
25	Praxisnutzung § 11 Abs. 5	Darf in einer zugelassenen Physiotherapiepraxis auch z. B. Heilpraktikerin oder Heilpraktiker, Ernährungsberaterin oder -berater, Kosmetikerin oder 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.
26	Verkauf einer Praxis § 11 Abs. 4 und 7 des Vertrages	Die Praxis, die verkauft werden soll, ist seit vielen Jahren zugelassen. Muss die Käuferin oder der Käufer der Praxis ggf. Umbauten vornehmen, weil sich die Zulassungsvoraussetzungen seit dem Zeitpunkt der Zulassung geändert haben?	Nein, es gilt §11 Abs. 4 und 7 des Vertrages.
27	Bestandsschutz Praxisräume § 11 Abs. 4 i.V.m. Abs. 7	Gibt es einen Bestandsschutz bei der Erweiterung der Praxisräume ohne Umbaumaßnahmen der bestehenden Räumlichkeiten?	Ja, für die alten Räumlichkeiten besteht ein Bestandsschutz. Die neu hinzugekommenen Räumlichkeiten sind der ARGE hingegen stets unaufgefordert und mindestens 2 Wochen vor Änderung (§11 Abs. 4) anzuzeigen, damit die ARGE die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen prüfen kann.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
28	Zusatzausstattung - Meldung an ARGE § 11 Abs. 8 lit. i)	Welche Zusatzausstattungen müssen gemäß § 11 Abs. 8 lit. i) an die zuständige ARGE gemeldet werden?	<p>Zur Angabe bei der ARGE sollen folgende Angaben der Zusatzausstattung gemeldet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hydroelektrisches Teilbad (Stangerbad)</li> <li>- hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)</li> <li>- Kohlensäurebad</li> <li>- Kohlensäuregasbad (Teil- oder Vollbad)</li> <li>- Krankengymnastik im Bewegungsbad</li> <li>- Medizinische Bäder (Wärmetherapie mittels Teil-/Vollbäder mit Peloid./Paraf.)</li> <li>- Sauerstoffbäder</li> <li>- Übungsbehandlung im Bewegungsbad</li> <li>- Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)</li> <li>- Chirogymnastik</li> <li>- KG-Gerät</li> <li>- Elektrotherapie</li> <li>- Inhalationstherapie</li> <li>- Traktion</li> <li>- Wärmepackungen</li> <li>-Ultraschallwärmetherapie</li> </ul>
29	Mehrere Zulassungen unter einem IK § 17 Abs. 2	<p><i>Bei Verwendung eines Praxis-IK durch mehrere Leistungserbringer ist der behandelnde Leistungserbringer oder sind die behandelnden Leistungserbringer in der Abrechnung namentlich zu nennen.</i></p> <p>Welche Fallkonstellationen sind davon betroffen?</p>	<p>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</p>



Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
			<p>beibehalten werden. Dabei ist aber darauf zu achten, dass das ursprüngliche IK auch für den Leistungsbereich verwendet wird, für den es ursprünglich beantragt wurde. Eine namentliche Benennung der einzelnen behandelnden Leistungserbringer des jeweiligen Leistungsbereichs ist damit nicht erforderlich.</p>
30	<p>IK/Beendigung Zulassung § 17 Abs. 3</p>	<p>Kann bei Änderung der Rechtsform das bisherige IK weitergeführt werden?</p>	<p>Ja, in den meisten Bundesländern stellt erfahrungsgemäß die Fortführung des IK bei einem Rechtsformwechsel keine Probleme dar. In den Bundesländern, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen wird aber in der Regel seitens der ARGE Heilmittelzulassung eine Neuvergabe bevorzugt. Es wird daher angeraten, sich insbesondere aus den drei genannten Bundesländern vor Beantragung sich mit der entsprechenden ARGE Heilmittelzulassung in Verbindung zu setzen und den Sachverhalt abzuklären.</p>
31	<p>Nachforderung von Zuzahlung § 18 Abs. 5</p>	<p>Bis zu welchem Zeitraum ist die Nachforderung einer Zuzahlung gegenüber einer Krankenkasse möglich?</p>	<p>In § 18 Abs. 5 des Vertrages ist aufgeführt, dass die Nachforderung innerhalb von 9 Monaten, nachdem die Behandlungen abgeschlossen worden sind, erfolgen kann.</p>
32	<p>Abrechnung §18 Abs. 4</p>	<p>Wie oft darf die Praxis abrechnen?</p>	<p>Die Praxis kann bis zu 3-mal im Monat beendete oder abgebrochene Verordnungen abrechnen.</p>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
33	Abrechnung § 18 Abs. 5	Bis wann müssen abgeschlossene Verordnungen 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.
34	Abrechnung § 18 Abs. 10	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.
	<b>Anlage 1– Leistungsbeschreibung</b>		
35	Standardisierte Kombination von Maßnahmen– D1	<p>In der aktuellen Heilmittelrichtlinie ist die Bezeichnung „D1“ durch "Standardisierte Kombination von Maßnahmen" ersetzt worden. Im aktuellen Bundesrahmenvertrag sowie den Anlagen wird sie hingegen weiter verwendet. Ist hier auf den Verordnungen eine Verwendung einer Bezeichnung zwingend?</p> <p>Was muss die Praxis generell vorhalten, um eine von der Ärztin oder dem Arzt verordnete D1 durchzuführen?</p>	<p>Nein, beide Bezeichnungen können gleichwertig auf der Verordnung genutzt werden.</p> <p>Gemäß der Anlage Leistungsbeschreibung muss die Praxis mindestens die obligatorischen Maßnahmen (KG, KG-Gerät, MT, KMT, Wärme/Kältetherapie,</p>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
		<p>Was ist zu beachten, wenn die Ärztin oder der Arzt bestimmte Maßnahmen auf der Verordnung bei D1 spezifiziert?</p>	<p>Elektrotherapie) vorhalten.</p> <p>Die grundsätzliche Vorhaltungspflicht gilt. Allerdings müssen auch die zusätzlich ärztlich verordneten Maßnahmen vorgehalten werden. Für Verordnungen, bei denen die Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung vorsahen, dass ausschließlich die von der Ärztin oder den Arzt spezifizierten Heilmittel vorzuhalten sind, gilt bis zum 31.12.2021 (Verordnungsdatum) Bestandsschutz.</p>
	<p><b>Anlage 2- Vergütungsvereinbarung</b></p>		
<p>36</p>	<p>LEGS für Leistungen in anerkannten Kurorten</p>	<p>Welche LEGS und 1. Stelle der Positionsnummer müssen bei der Abrechnung angegeben werden?</p> <p>Lt. Preisvereinbarung haben Kurbetriebe nach § 124 Abs. 5 SGB V die LEGS 2800511 zu verwenden. Welche Leistungserbringer sind genau damit gemeint? Welche LEGS müssen zugelassene Leistungserbringer (nach § 124 Abs. 1 SGB V) verwenden die an einem Kurort sind und normale Heilmittelleistungen im Rahmen einer ambulanten Vorsorgeleistung (amb. Kur) erbringen?</p>	<p>Die LEGS 2800511 ist anzugeben in Verbindung mit der ersten Stelle der Positionsnummer „8“, wenn eine Vorsorgeleistung nach §23 Abs. 2 SGB V erbracht wird. Sofern die Leistungserbringung nicht über § 23 Abs. 2 SGB V erfolgt aber in einem Kurort durch einen zugelassenen Leistungserbringer (nach §124 Abs. 1 SGB V) erbracht wird, sind diese aussch. nach dem Vertrag nach § 125 SGB V und über die jeweilige erste Stelle der Positionsnummer mit „1“ oder „2“ abzurechnen. Darüber hinaus gibt es noch andere Verträge auf Landesebene, die u.a. Heilmittel beinhalten und ggf. mit Kooperationspartnern niedergelassene Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht werden können; jedoch eine andere Rechtsgrundlage und Vertragskennzeichen abbilden.</p>
<p>37</p>	<p>Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und Rückbildungsgymnastik“</p>	<p>Die zum 01. August in Kraft getretene Vergütungsvereinbarung enthält keine Regelungen zur Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und Rückbildungsgymnastik“.</p>	<p>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.</p>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
38	Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und Rückbildungsgymnastik“	Müssen diese Leistungen ärztlich verordnet werden?	Nein.
39	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/Positionsnummern/Preise.
40	Stichtag 01.09.2021 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>			
41	Prüfung der Verordnung durch den Leistungserbringer	Was passiert, wenn eine Angabe auf der Verordnung am falschen Ort steht?	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.
42	Korrekturen durch den Arzt und die Ärztin	Können sich die Ärzte und Ärztinnen z.B. einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis, eines MVZ oder eines	Ja.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
		Krankenhauses untereinander vertreten, d.h. auch Korrekturen an Verordnungen vornehmen, die ein anderer Arzt, eine andere Ärztin der Gemeinschaftspraxis/des MVZ/des Krankenhauses ausgestellt hat?	
43	Langfristiger Heilmittelbedarf Anlage 2 HeiLM-RL	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?	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.
44	Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken Anlage 3b Ziffer 2	Dürfen Zahnärzte und Zahnärztinnen analog der Ärzte und Ärztinnen Blankoformulare verwenden, d.h. Verordnungsvordrucke selbst ausdrucken?  Muss der Zahnarzt und Zahnärztin dabei spezielles Papier bzw. eine spezielle Farbe (z.B. blau/rosa) verwenden?	Ja.  Nein.
45	Korrekturverfahren Anlage 3a/3b Ziff. 4	Wann beginnt die 3- Monatsfrist, wenn die Krankenkasse die Unterlagen nicht dem zugelassenen Leistungserbringer, sondern dem Abrechnungsdienstleister des Leistungserbringers übersendet?	Die 3-Monatsfrist beginnt mit Zugang der Unterlagen beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsdienstleister.
46	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Ärztin/Arzt	Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt möchte Angaben auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss dabei ein Arztstempel verwendet wer-	Nein. Änderungen und Ergänzungen der Ärztin oder des Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
	Anlage 3a/3b Ziffer 4	den?	ergänzten/geänderten Angabe, ein Arztstempel ist hingegen nicht notwendig.
47	Änderung/Ergänzung der Verordnung Anlage 3a/3b Ziffer 4	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.
48	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	Bestimmte Angaben kann der Leistungserbringer selbst auf der Verordnung ändern bzw. ergänzen. Muss das immer mit Datum und der Unterschrift des Leistungserbringers 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.
49	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	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> Wer muss hier unterschreiben? Kann hier nur die Therapeutin oder der Therapeut, oder auch die Verwaltungskraft unterschreiben?	Die Änderungen/Ergänzungen auf der Verordnung können von Therapeutinnen oder Therapeuten oder von Verwaltungs-/Assistenzkräften unterschrieben werden.
50	Prüfung der Verordnung durch die Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	Die Verordnung ist auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Kann eine fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Verordnung trotzdem begonnen werden?	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. Diese sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Angaben (im Personalienfeld):</li> </ul>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
			<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> <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>
51	Nachträgliche Korrektur Anlage 3a/3b Ziffer 4 Absatz 5 und Ziffer 5	Wie läuft das Verfahren der Korrektur ab und welche Fristen sind dabei zu beachten?	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.
52	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Ärztin/Arzt Anlage 3a/3b Ziffer 5	Welche Änderungen an einer Verordnung müssen von der Ärztin oder dem Arzt vorgenommen werden und was ist dabei zu beachten ?	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

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
			<p>jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe. 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 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>
53	<p>Hausbesuch Anlage 3a, Ziffer 5 lit. c) / Anlage 3b, Ziffer 5 lit. b)</p>	<p>Ein Hausbesuch wurde verordnet, die Patientin oder der Patient ist aber in der Lage die Praxis aufzusuchen. Muss die Angabe Hausbesuch „ja“ vom Leistungserbringer auf „nein“ geändert werden?</p>	<p>Nein. Ist ein Hausbesuch nicht bzw. nicht bei jeder Behandlung erforderlich, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht notwendig.</p>
54	<p>Doppelbehandlung Anlage 3a Ziffer 5 lit. f)</p>	<p>Wie müssen Doppelbehandlungen dokumentiert und bestätigt werden?</p>	<p>Bei Doppelbehandlungen sind entweder zwei Einträge und zwei Unterschriften der/des Versicherten notwendig.</p> <p>Oder hinter dem Heilmittel wird die Doppelbehandlung (z. B. „Doppel“, „Doppelbehandlung“, „Doppelbeh.“) eingetragen, dann ist nur eine Unterschrift notwendig.</p> <p>Erbracht werden jedoch in jedem Fall zwei Einheiten pro Termin Doppelbehandlung, sodass z. B. 10 verordnete Einheiten 5 Termine ergeben.</p>
55	<p>Behandlungsabbruch Anlage 3a, Ziffer 5 lit. q)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. n)</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</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>



Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
		dokumentiert wird. Was es gilt es zu tun?	
56	Abweichung vom verordneten Heilmittel bei KG ZNS Anlage 3a Ziffer 5 lit. g1)	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?	Nein, einer Änderung durch die Ärztin oder den Arzt bedarf es nicht, denn der Leistungserbringer kann die Verordnung gemäß Frage 47 ändern, weil Abweichungen von <u>ergänzenden</u> Angaben zum Heilmittel im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich sind.
57	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges; hier MLD Anlage 3a, Ziffer 5 lit. g1)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. f)	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 herabgesetzt und korrigiert werden. Das konkrete Verfahren wird in Anlage 3a, Ziff. 5 Buchstabe g1), bzw. Anlage 3b, Ziff. 5 f), geregelt.
58	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges, KG-ZNS/KG-ZNS-Kinder Anlage 3a, Ziffer 5 lit. g1)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. f)	Kann der Leistungserbringer bei einer nicht spezifizierten Verordnung über KG-ZNS bzw. KG-ZNS-Kinder die Behandlungstechnik (Bobath, Vojta, PNF) innerhalb der Behandlungsserie – abgestimmt auf die Therapiebedürfnisse der Patientinnen oder Patienten wechseln?	Ja.
59	Ergänzendes Heilmittel Anlage 3a, Ziffer 5 lit. g2)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. h)	Muss die Anzahl der verordneten ergänzenden Heilmittel durch die Ärztin oder den Arzt geändert werden, wenn die Abgabe eines ergänzenden Heilmittels aus therapeutischer Sicht (insgesamt oder im Rahmen einzelner Behandlungseinheiten) kontraindiziert ist, oder die Patientin oder der Patient die Behandlung ablehnt.	Nein.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
60	Ergänzendes Heilmittel Anlage 3a, Ziffer 5 lit. g2)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. h)	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?	Ist das ergänzende Heilmittel gemäß § 3 Abs. 15 des Vertrages ärztlicherseits nicht näher spezifiziert (z. B. bei Wärmetherapie), kann der Leistungserbringer je Behandlungstermin das indikationsbezogenen 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 die Ärztin oder 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.
61	Therapiefrequenz Anlage 3a Ziffer 5 lit. i)/ Anlage 3b Ziffer 5 lit. 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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
62	<p>Parallel durchgeführte Verordnungen</p> <p>Diagnose</p> <p>Anlage 3a Ziffer 5 lit. k)/ 3b Ziffer 5 lit. j1) und Vertrag § 3 Abs.9</p>	<p>Dürfen bei einer Patientin oder einem Patienten 2 Verordnungen auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe parallel ausgeführt werden?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
63	<p>Parallel ausgestellte Verordnungen</p> <p>ICD-10- Code</p> <p>Anlage 3a Ziffer 5 lit. k)/ 3b Ziffer 5 lit. j2) und Vertrag § 3 Abs.9</p>	<p>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 Ärztinnen oder Ärzten verordnet worden sind?</p>	<p>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 Ärztinnen oder Ärzten ausgestellt wurden.</p>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
64	Parallel ausgestellte Verordnungen ICD-10- Code Anlage 3a Ziffer 5 lit. k)/ 3b Ziffer 5 lit. j2) und Vertrag § 3 Abs.9	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. Können diese beiden Verordnungen parallel erbracht werden?	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.
65	Leitsymptomatik Anlage 3a Ziffer 5 lit. l)/ Anlage 3b Ziffer 5 lit. j1)	Die Ärztin oder der Arzt hat keine Leitsymptomatik angekreuzt und auch keinen Klartext geschrieben. Was ist zu tun?	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 den Leistungserbringer auf der Verordnung ist im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt gemäß Frage 47 möglich.
66	Leitsymptomatik Anlage 3a Ziffer 5 lit. l)/ Anlage 3b Ziffer 5 lit. j1)	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 64.
67	Bestätigungsfeld, KG-ZNS/KG-ZNS-Kinder Anlage 3a, Ziffer 5 lit. o)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. l)	Muss bei der Bestätigung der Abgabe der Position KG-ZNS im Bestätigungsfeld auch die angewendete Behandlungstechnik (Bobath, Vojta oder PNF) vom Leistungserbringer im Feld „Maßnahmen“ angegeben werden?	Nein.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
68	Bestätigungsfeld, Unterschrift des Versicherten Anlage 3a, Ziffer 5 lit. o)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. l)	Die Unterschriftenfelder auf den seit dem 01. Januar gültigen Verordnungsvordrucken sind nach der Vereinheitlichung der Verordnungsvordrucke verkleinert worden. Das bereitet vielen, insbesondere älteren Patientinnen oder Patienten z.B. Schlaganfallpatientinnen oder Schlaganfallpatienten große Probleme bei der Unterschrift. Frage: Ist es unschädlich, wenn sich die Unterschriften der Versicherten deshalb nach unten verschieben und damit nicht mehr auf eine Höhe mit der abgegebenen Maßnahme stehen?	Ja.
	<b>Anlage 5– Zulassungsvoraussetzung</b>		
69	Bereich Anlage 5 Ziffer 2	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.