



Fragen-Antworten-Katalog Ergotherapie

Stand: 16.03.2026

Der FAK wird fortlaufend aktualisiert.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
1	Nutzung von Videodienst- anbietern bei Erbringung von telemedizinischen Leistungen	Anlage 7	<p>Können die Leistungserbringenden Videodienstanbieter mit datenschutzkonformen Anwendungen, welche bereits vor dem 01.10.2022 genutzt wurden, auch weiterhin nutzen?</p> <p>Was gilt es bei der Nutzung von Videodienst- anbietern zu beachten?</p>	<p>Dienste von Videodienstanbietern, die in der Vergangenheit bereits zur Durchführung von Videotherapien für Heilmittel genutzt wurden und für die bis zum 31.10.2022 bei den zuständigen Stellen eine Zertifizierung für Datenschutz und Informationstechniksicherheit auf Grundlage der Technischen Anlage des Vertrages nach § 125 Abs. 2a SGB V für Ergotherapie beauftragt wurde, können von zugelassenen Heilmittelerbringenden der Ergotherapie auch über den 01.10.2022 hinaus bis zu einer endgültigen Entscheidung der Zertifizierungsstelle bis längstens zum 31.12.2022 weiterhin genutzt werden. Entsprechende Videodienstanbieter sollen ihre Nutzer über einen gestellten Zertifizierungsantrag in geeigneter Form, insbesondere per E-Mail und einem Hinweis auf ihrer Homepage informieren.</p> <p>Die Liste der zertifizierten Videoanbieter für Heilmittelerbringende wird vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/Liste_Videodienstanbieter.pdf</p> <p>Videodienstanbieter, welche diese Anforderungen nicht erfüllen, dürfen nicht mehr genutzt werden.</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
2	Telefonische Beratung	Vertrag § 7a Absatz 13 Anlage 1 Teil 1 Ziffer 5	Was bedeutet „in Summe für die telefonische Beratung bis zu zwei Behandlungseinheiten“?	Bei einer Verordnung mit z.B. 10 Behandlungseinheiten können davon in Summe bis zu zwei Behandlungseinheiten als telefonische Beratung erbracht werden. Die telefonische Beratung kann sich dabei auf mehr als zwei Telefonate verteilen, insofern dabei die Gesamtdauer der zwei Behandlungseinheiten nicht überschritten wird. Beispiel: Das bedeutet bei der telemedizinischen Leistung „Hirnleistungstraining“, dass ein Telefonat z.B. 10 Minuten und zwei andere Telefonate jeweils weitere 10 Minuten als Beratungsleistung erfolgen. Diese Behandlungseinheit (telefonische Beratung) wird auf der Rückseite der Verordnung als eine Behandlungseinheit HLT TM mit dem Datum der letzten telefonischen Beratung eingetragen.
3	Abrechnung	Vertrag § 18	Welche Frist ist zur Einreichung der Abrechnung zu beachten?	Eine Verordnung muss innerhalb von 9 Monaten (gerechnet vom Ende des Monats, in dem die letzte Einheit auf der jeweiligen Verordnung erbracht wurde) vollständig in die Abrechnung gegeben werden, danach verfällt der Anspruch.
4	Abrechnung Praxiswechsel innerhalb einer Verordnung durch Versicherte	Vertrag § 18 Absatz 11	Kann bei einem Praxiswechsel durch eine Versicherte oder einen Versicherten die zweite Praxis auf der Kopie einer Verordnung weiterarbeiten und mit Hinweis auf Praxiswechsel abrechnen?	Ja. Entscheidend ist, dass die Abrechnung der zweiten Praxis auf der Kopie als Teilabrechnung wegen Praxiswechsel wie vertraglich vorgegeben gekennzeichnet ist. Dies gilt unabhängig davon, ob die erste Praxis auf dem Original ebenfalls einen Hinweis auf den Praxiswechsel notiert oder stattdessen mit Abbruchdatum abgerechnet hat.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
5	Prüfpflicht Verordnungsfall	Vertrag u.a. § 6 Abs. 4, § 7 Abs. 5 Anlage 3 Vertrag	Kann zur Prüfung desselben Verordnungsfalls allein die Unterschrift der oder des Verordnenden herangezogen werden?	Nein, es gilt § 7 Absatz 1 der HeilM-RL. Im Rahmen der Prüfpflicht sind die Leistungserbringenden verpflichtet, Verordnungen aus ihrer professionellen Sicht auf zumutbar erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu überprüfen. Nach Auffassung der Vertragspartner dürfen augenscheinliche Abweichungen der Unterschrift der oder des Verordnenden nicht allein zur Entscheidung, ob es sich um denselben oder unterschiedliche Verordnungsfälle handelt, herangezogen werden.
6	Formerfordernis von Verordnungen	Anlage 3, Ziffer 3 Vertrag	Sind gedruckte und handschriftlich ergänzte Verordnungen im Einzelfall zulässig?	Ja.
7	Abrechnung, nachträgliche Korrekturen	Vertrag § 18, Anlage 3	Welche Frist gilt bei den nachträglichen Korrekturen?	In Bezug auf die nachträgliche Korrektur (Anlage 3) gelten 3 Monate. Ansonsten sind im Vertrag einheitliche Fristen für Krankenkassen und Leistungserbringende geregelt (9 Monate).
8		Anlage 3 HeilM-RL und Anlage 3 Vertrag	Wo finden sich Informationen zu Korrekturmöglich- keiten auf der Verordnung?	Details zu Form und Zeitpunkt von Korrekturmöglichkeiten sind der Anlage 3 der Heilmittelrichtlinie sowie der Anlage 3 des Vertrages zu entnehmen.
9		Digitales Korrekturverfahren	Wie muss die Korrektur eingereicht werden?	Informationen zum digitalen Korrekturverfahren finden sich in den jeweiligen Gemeinsamen Umsetzungsempfehlungen zum Korrekturverfahren im Heilmittelbereich: https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
10		Anlage 3 HeilM-RL und Anlage 3 Vertrag	Dürfen die Verordnenden das Ausstellungsdatum einer Verordnung ändern/korrigieren?	Ja, wenn auf der Verordnung sowohl das geänderte Ausstellungsdatum als auch das Datum der vorgenommenen Änderung mit Unterschrift bestätigt wird.
11		HeilM-RL, Anlage 3 Vertrag lit.k)	Muss beim Vorliegen eines BVB- oder LHM-Falles der ICD-10 Code korrigiert werden, wenn dieser an der letzten Stelle gemäß der BVB/LHM-Liste einen Strich als Platzhalter hat?	Nein, diese ICD-10 Codes müssen nicht korrigiert werden.
12		Vertrag § 18 Absatz 3	Wo werden die einzelnen Taxierungen vorgenommen?	Die Rechnungsdaten für die einzelnen Positionen werden im digitalen Datensatz an die Krankenkasse übermittelt.
13	Angaben zur Praxis	Vertrag § 11 Absatz 11	Warum sind zusätzliche Angaben an die ARGE zu übermitteln?	Ab 01.01.2022 sind die zusätzlichen Angaben an die ARGE Heilmittel zu übermitteln, weil der GKV-Spitzenverband nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringenden für die Versicherten veröffentlicht.
14	Behandlungsabbruch	Vertrag § 7 Absatz 2 und 3	Mit welcher Begründung kann eine Behandlung	Eine Behandlung kann aus wichtigem Grund abgebrochen werden, z.B. wenn <ul style="list-style-type: none"> – das Therapieziel bereits erreicht ist – die oder der Versicherte die Behandlung abbricht /

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			abgebrochen werden?	<ul style="list-style-type: none"> – die oder der Zugelassene die Behandlung zum Beispiel wegen nachhaltig gestörtem therapeutischem Verhältnis abbricht – die oder der Versicherte nicht therapiefähig ist – die Unterbrechungsfristen überschritten wurden (§ 7 Absatz 3a) <p>Der Behandlungsabbruch bezieht sich im Rahmen der Anlage 3 auf eine Verordnung und die verordneten Einheiten, nicht auf einen Ordnungsfall. Der Behandlungsabbruch ist immer dann mit Datum anzugeben, wenn eine Verordnung vor Erreichen der verordneten Behandlungseinheiten zur Abrechnung eingereicht wird.</p>
15		Anlage 3 Vertrag lit. q)	Wie muss der Behandlungsabbruch dokumentiert werden?	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches im dafür vorgesehenen Feld auf der VO-Rückseite anzugeben. Nur dann kann die Krankenkasse erkennen, dass es sich nicht um eine (unzulässige) Teilabrechnung handelt.
16	Behandlungsbeginn und Behandlungsende	Vertrag § 6 Absatz 3 bis 5 sowie § 7 Absatz 4	Wann muss eine Verordnung spätestens begonnen werden? Wie errechnet sich die Frist zum Behandlungsbeginn ?	<p>Eine Behandlung muss innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellungsdatum begonnen werden. Die Frist zum Behandlungsbeginn beginnt am Tag nach der Ausstellung der Verordnung. Der Tag der Ausstellung ist Tag „0“, der Folgetag ist Tag „1“.</p> <p>Ausnahmen:</p> <p>Sofern vom Arzt dringlicher Behandlungsbedarf angekreuzt wurde, muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellungsdatum mit der Behandlung begonnen werden.</p> <p>Bei Verordnungen des Entlassmanagements muss innerhalb von 7 Tagen nach Ausstellungsdatum mit der Behandlung begonnen werden.</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
17		Vertrag § 6 Absatz 4 und 6 Anlage 3 Vertrag lit. e)	Kann eine Verordnung mit dringlichem Behandlungsbedarf später begonnen werden?	Nein. Ausnahmen: Sofern während einer laufenden Behandlung eine weitere Verordnung desselben Verordnungsfalls ausgestellt wurde und diese mit einem dringlichen Behandlungsbedarf gekennzeichnet ist, muss die Verordnung spätestens innerhalb von 28 Tagen begonnen werden. Sollte in diesem Fall nicht innerhalb von 28 Tagen begonnen werden können, kann zwischen der oder dem Verordnenden und der oder dem Leistungserbringenden eine abweichende Regelung getroffen werden, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist von der oder dem Leistungserbringenden auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.
18		Vertrag § 7 Absatz 5 Vertrag § 3 Absatz 7	Kann eine Verordnung auch später als 28 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden?	Wenn bei laufenden Behandlungen desselben Verordnungsfalls (endstellig identischer ICD-10-Code, ggf. an derselben Lokalisation, mit derselben Diagnosegruppe) die weitere Verordnung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden kann, behält die später ausgestellte Verordnung auch über 28 Kalendertage hinaus ihre Gültigkeit. Jedoch muss der Behandlungsbeginn der weiteren Verordnung innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem letzten Behandlungstermin der zuvor ausgestellten Verordnung erfolgen. Mit dem Ziel eine reibungslosere Abrechnung zu ermöglichen, empfehlen die Vertragspartner vorläufig die folgende freiwillige Angabe: Die oder der Leistungserbringende sollte die weitere Verordnung auf der Rückseite bspw. mit „folgende VO“ oder „weitere VO“ kennzeichnen.
19	Doppel- behandlung	HeilM-RL § 12 Abs. 8	Worauf bezieht sich die Frequenz im Fall	Im Fall von Doppelbehandlungen bezieht sich die Frequenz auf die Anzahl der Termine pro Woche.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			von Doppelbehandlungen?	
20	Fachliche Leitung	Vertrag § 3 Absatz 2 und 3	Was gilt hinsichtlich der fachlichen Leitung?	<p>Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein, eine vorgegebene Mindestarbeitszeit für die fachliche Leitung ist vertraglich nicht vorgeschrieben.</p> <p>a) Sofern die oder der Praxisinhabende selbst Ergotherapeut/in ist, ist eine angestellte fachliche Leitung nicht notwendig, aber möglich.</p> <p>b) Sofern die oder der Praxisinhabende selbst kein/e Ergotherapeut/in ist, ist die fachliche Leitung durch ein oder höchstens zwei angestellte Ergotherapierende sicher zu stellen, welche inhaltlich für die fachliche Qualität der abgegebenen ergotherapeutischen Leistungen Sorge tragen.</p> <p>Die Praxis muss jedoch gemäß § 12 Absatz 1 für mindestens 25 Stunden an mindestens 3 Tagen wöchentlich für die Therapie der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen</p>
21		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3, § 11 Absatz 8	Wie viele Wochenstunden muss die Vertretung einer fachlichen Leitung bzw. der oder des zugelassenen Leistungserbringenden angestellt sein?	Es gibt keine vertragliche Regelung zu den Wochenstunden der Vertretung.
22		Vertrag § 3 Absatz 2	Muss eine Personengesellschaft mit ein oder	Nein.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			mehreren Ergotherapierenden zusätzlich eine fachliche Leitung anstellen?	
23	Meldung der Mitarbeitenden	Vertrag § 3 Absatz 4	Müssen die Mitarbeitenden bei der ARGE Heilmittelzulassung gemeldet werden?	Ja, unbedingt – alle therapeutischen Angestellten müssen der ARGE mitgeteilt werden, dies gilt auch für Änderungen. Die Meldung umfasst Angaben zu Beginn bzw. Ende der Tätigkeit, Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Berufsurkunde in Kopie, die vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit in Stunden. Es muss kein Arbeitsvertrag in Kopie eingereicht werden.
24	Praxisinhabende/r	Vertrag § 3 Absatz 2 und § 12 Absatz 1	Muss die oder der Praxisinhabende eine bestimmte Mindestzeit in der Praxis anwesend sein?	Eine Mindestanwesenheitszeit in der Praxis ist nicht vorgeschrieben, die fachliche Leitung der Praxis muss aber gewährleistet sein.
25	Schiene	Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 6. Ergotherapeutische temporäre Schiene	Kann der Verordnende mehr als 1 Schiene verordnen?	Ja, bei der Verordnung mehrerer Schienen (z.B. für die linke und rechte Hand oder für Tag- und Nachtgebrauch) muss dies auf der Verordnung durch den Verordnenden eindeutig kenntlich gemacht werden.
26	Thermotherapie	Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 5. Thermotherapie	In der HeilM-RL werden thermische Anwendung und Thermotherapie synonym genutzt, was wird verordnet?	Die Verordnenden können folgende Begriffe verwenden: Thermische Anwendung, Thermotherapie, Kältetherapie, Wärmetherapie.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
27		Vertrag Absatz 3a	Gelten Krankenhaus- und Rehaaufenthalte sowie stationäre Kuraufenthalte ebenfalls als anerkannte Unterbrechungsgründe mit Kürzel K?	Ja. Falls durch die Unterbrechung die Erreichung des Therapiezieles gefährdet ist, kann die Verordnung durch die Leistungserbringenden im Einzelfall auch abgebrochen werden
28	Verordnungsmenge	HeilM-RL § 7 Absatz 6	Was ist durch die oder den Leistungserbringenden zu prüfen, wenn die angegebene Verordnungsmenge größer als die Menge laut Heilmittelkatalog ist?	Die oder der Leistungserbringende muss zunächst anhand ICD-10-Code/s und Diagnosegruppe prüfen, ob ein LHB oder BVB oder eine individuelle langfristige Genehmigung vorliegt. Soweit eine Altersbegrenzung vorliegt, ist auch diese zu prüfen. Weitere Nebenbedingungen, wie Akutereignisse und Schweregrade sind nicht zu prüfen. Zusätzlich ist zu prüfen, ob durch die oder den Verordnenden die Menge (anhand der Frequenz) für 12 Wochen korrekt berechnet wurde.
29	Verordnungsrückseite	Vertrag § 17 Absatz 2 Anlage 3 Vertrag lit. o)	Was muss auf der Verordnungsrückseite in der Spalte "Leistungserbringer" eingetragen werden?	Die Spalte "Leistungserbringer" ist in der Ergotherapie nicht relevant.
30		Vertrag § 5 Absatz 1 Anlage 3 Vertrag lit. o)	Wie können die Leistungen auf der Rückseite	Die abgegebene/n Leistung/en sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind von der oder dem Leistungserbringenden am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder mittels Abkürzungen und unter Angabe des Datums

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			eingetragen werden?	<p>darzustellen (ab der 2. Zeile können identische Maßnahmen abgekürzt oder mit einem Wiederholungszeichen versehen werden) und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.</p> <p>Als verständlicher Eintrag im Wortlaut oder als Kürzel sind z.B. folgende Einträge zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mot.-funkt. Beh. (= Motorisch-funktionelle Behandlung) • Sensomot.-perz. Beh. (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung) • Neuropsych. orientierte Beh. (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung) • Hirnleistungstr. (= Hirnleistungstraining) • Psych.-funkt. Beh. (= Psychisch-funktionelle Behandlung) • + TA oder + Th (= Thermische Anwendung) • + Schiene (= Ergotherapeutische Schiene) • + HB (= Hausbesuch) • MFB (= Motorisch-funktionelle Behandlung) • SPB (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung) • NOB (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung) • HLT(= Hirnleistungstraining) • PFB (= Psychisch-funktionelle Behandlung) • TA (= thermische Anwendung) <p>Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und der Bericht werden nicht auf der VO-Rückseite notiert und auch nicht bestätigt.</p> <p>TM (= Telemedizinische Leistungen), unter Berücksichtigung von § 7a Absatz 12</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
31			Die Patientin oder der Patient ist aufgrund seines Gesundheitszustand es nicht in der Lage im vorgesehenen Feld zu unterschreiben (zu klein). Wie und wo soll die Bestätigung erfolgen?	Für einen Behandlungstag können auch zwei Zeilen genutzt werden. Geht die Unterschrift der oder des Versicherten über das vorgesehene Feld hinaus, stellt dies auch weiterhin kein Problem dar. Wichtig ist, dass alle erbrachten Maßnahmen vom Versicherten pro Termin bestätigt werden. Ein Beiblatt wird von den Kassen akzeptiert, wenn dieses die gleichen Angaben wie die Rückseite der Verordnung enthält.
32		Anlage 3 Vertrag lit. f)	Wie müssen Doppelbehandlungen dokumentiert und bestätigt werden?	Bei Doppelbehandlungen sind zwei Einträge und zwei Unterschriften der/des Versicherten notwendig. Oder hinter dem Heilmittel wird die Doppelbehandlung (z. B. „Doppel“, „Doppelbehandlung“, „Doppelbeh.“) eingetragen, dann ist nur eine Unterschrift notwendig. Erbracht werden jedoch in jedem Fall zwei Einheiten pro Termin Doppelbehandlung, sodass z. B. 10 verordnete Einheiten 5 Termine ergeben.
33	Zuzahlung	Vertrag § 8 Absatz 2	Welche Voraussetzungen gelten für den Einzug der Zuzahlung durch die oder den Leistungserbringenden?	Der Status der Zuzahlungspflicht (zuzahlungspflichtig ja/nein) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für die Leistungserbringende oder den Leistungserbringenden bindend. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird.
34		Vertrag § 8 Absatz 3	Muss die Zuzahlung unbedingt beim ersten Termin eingezogen werden?	Gemäß Patientenrechtegesetz § 630 c Absatz 3 BGB sind Behandelnde in jedem Fall verpflichtet, jede Patientin oder jeden Patienten vor Behandlungsbeginn schriftlich über die auf sie oder ihn zukommenden

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Kosten zu informieren. Insofern kann auch direkt die Zuzahlungsrechnung ausgestellt werden.</p> <p>Es ist jedoch zulässig, die Zuzahlungsrechnung erst später zu stellen. Das hat lediglich den Nachteil, dass der Mahnlauf möglicherweise noch nicht abgeschlossen ist, wenn die Verordnung mit der Kasse abgerechnet wird. Eine nachträgliche Berechnung des Zuzahlungsbetrages an die Krankenkasse ist im Rahmen des Korrekturverfahrens mit dem Verarbeitungskennzeichen 03 = Zuzahlungsnachforderung möglich, sofern die Patientin oder der Patient nicht zahlt.</p>
