

## Fragen–Antworten–Katalog Ergotherapie

Stand: 22.12.2021

Der FAK wird fortlaufend aktualisiert

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
1	<b>Wichtige Änderungen</b>	Vertrag § 21	Wann tritt der neue Vertrag inkl. Anlagen in Kraft?	Der Vertrag tritt zum 01.01.2022 in Kraft.
2		Vertrag § 21 Anlage 2	Für welche Behandlungen gelten die neuen Preise?	Für Behandlungen, die ab dem 01.01.2022 erbracht werden, sind die neuen Preise (gemäß Anlage 2) abzurechnen.
3			Gelten die vertraglichen Regelungen 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 31.12.2021 liegt.
4	<b>Abrechnung</b>	Vertrag § 18 Absatz 5	Wann muss eine Verordnung spätestens abgerechnet werden?	Innerhalb von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die letzte Einheit auf der jeweiligen Verordnung erbracht wurde, müssen die rechnungsbegründenden Unterlagen (digital und postalisch) bei der rechnungsprüfenden Stelle der Krankenkasse eingegangen sein.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
5		Vertrag § 18 Absatz 4	Wie oft kann eine Abrechnung im Monat durchgeführt werden?	Maximal zweimal im Monat pro Krankenkasse.
6		Vertrag § 18 Absatz 12	Mit welcher Frist wird eine Abrechnung bezahlt?	21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen.
7		Vertrag § 18 Absatz 10	Mit welcher Frist können Abrechnungen seitens der Krankenkassen beanstandet werden?	Innerhalb von 9 Monaten nach Rechnungsstellung können Krankenkassen Beanstandungen geltend machen.
8		Vertrag § 18 Absatz 10	Innerhalb welcher Frist kann einer Beanstandung durch die oder den Leistungserbringenden widersprochen werden?	Innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung können die/der Leistungserbringende oder seine Abrechnungsstelle unter Angabe der Begründung widersprechen. Eventuell notwendige Korrekturen oder Ergänzungen sind dabei auf einer Kopie der Verordnung möglich.
9		Anlage 3 HeilM-RL und Anlage 3 Vertrag	Wo finden sich Informationen zu Korrekturmöglichkeiten auf der Verordnung?	Details zu Form und Zeitpunkt von Korrekturmöglichkeiten sind der Anlage 3

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				der Heilmittelrichtlinie sowie der Anlage 3 des Vertrages zu entnehmen.
10		Vertrag § 18 Absatz 12	Kann bei Zahlungsverzug eine Verzugs pauschale berechnet werden?	Ja, die Krankenkasse gerät bei Nichteinhalten der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch die zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden bedarf (§ 286 BGB). Im Weiteren gilt § 288 BGB (Verzugszinsen und sonstiger Verzugschaden).
11		Vertrag § 18 Absatz 3	Wo werden die einzelnen Taxierungen vorgenommen?	Die Rechnungsdaten für die einzelnen Positionen werden im digitalen Datensatz an die Krankenkasse übermittelt.
12	<b>Analyse des ergoth. Bedarfs</b>	Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 7. Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	Welche Anforderungen gelten für die Abrechnung der Analyse?	Die Analyse darf je Verordnungsfall einmal zu Therapiebeginn der Behandlung abgerechnet werden. Wechselt der/die Patient/in innerhalb des Verordnungsfalles die Praxis, darf die neue Praxis die Analyse auch abrechnen. Sofern bekannt soll das Wort Praxiswechsel auf der Verordnung vermerkt werden. Die Analyse wird durch die Patient/innen nicht bestätigt.
13	<b>Anerkennniserklärung</b>	SGB V § 124 Absatz 6	Bis wann muss die Anerkennniserklärung für den neuen Vertrag unterzeichnet sein?	Innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten des neuen Vertrag (bis zum 30.06.2022) ist die Anerkennniserklärung bei der jeweiligen ARGE Heilmittel einzureichen: <a href="https://www.zulassung-heilmittel.de/">https://www.zulassung-heilmittel.de/</a>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
14		Anlage 6 Vertrag	Wer muss die Anerkenniserklärung unterzeichnen?	Ausschließlich die/der zugelassene oder zuzulassende Leistungserbringende unterzeichnet die Anerkenniserklärung.
15	<b>Angaben zur Praxis</b>	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.
16	<b>Barrierefreiheit</b>	Vertrag § 13	Sind die aufgeführten Kriterien zur Barrierefreiheit verpflichtend?	Die aufgeführten Kriterien sollen eine Hilfestellung für die Zugelassenen sein und erfüllen die Vorgabe im §124 SGB V des Gesetzgebers. Die Vertragspartner wünschen einen Ausbau der Barrierefreiheit in den ergotherapeutischen Praxen. Die Landesbauordnungen fordern grundsätzlich einen barrierefreien Zugang, sofern dadurch kein unverhältnismäßiger Aufwand entsteht. Weitere Vorgaben zur Barrierefreiheit sind der jeweiligen Landesbauordnung zu entnehmen.
17	<b>Behandlungsabbruch</b>	Vertrag § 7 Absatz 2 und 3	Mit welcher Begründung kann eine Behandlung abgebrochen werden?	Eine Behandlung kann aus wichtigem Grund abgebrochen werden, z. B. wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Therapieziel bereits erreicht ist</li> <li>- die oder der Versicherte die Behandlung abbricht /</li> <li>- die oder der Zugelassene die Behandlung zum Beispiel wegen nachhaltig</li> </ul>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>gestörtem therapeutischem Verhältnis abbricht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die oder der Versicherte nicht therapiefähig ist</li> <li>- die Unterbrechungsfristen überschritten wurden (§ 7 Absatz 3a)</li> </ul>
18		Anlage 3 Vertrag lit. q)	Wie muss der Behandlungsabbruch dokumentiert werden?	<p>Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge vollständig abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches im dafür vorgesehenen Feld auf der VO-Rückseite anzugeben.</p>
19	<b>Behandlungsbeginn</b>	Vertrag § 6 Absatz 3 bis 5	Wann muss eine Verordnung spätestens begonnen werden?	<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</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Ausstellungsdatum mit der Behandlung begonnen werden.</p> <p>Weitere Ausnahmen sind in Fragen 20 und 21 geregelt.</p>
20		<p>Vertrag § 6 Absatz 4 und 6 Anlage 3 Vertrag lit. e)</p>	<p>Kann eine Verordnung mit dringlichem Behandlungsbedarf später begonnen werden?</p>	<p>Nein.</p> <p>Ausnahmen:</p> <p>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.</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
21		Vertrag § 7 Absatz 5	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.
22		Vertrag § 6 Absatz 5 und 6	Kann eine Verordnung im Entlassmanagement später begonnen werden, wenn es mit der oder dem Verordnenden abgesprochen wird?	Nein.
23	<b>Beratung</b>	Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 8. Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	Wird die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld verordnet?	Nein, über die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld entscheidet unter Berücksichtigung der Vorgaben der Leistungsbeschreibung die oder der Leistungserbringende.
24		Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 8. Beratung zur	Häufigkeit der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld?	Einmal pro Verordnungsfall. Bei progredienten und schweren chronischen Erkrankungen (insbesondere bei

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
		Integration in das häusliche und soziale Umfeld		Patientinnen und Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf) kann die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld abhängig vom Erkrankungsverlauf zusätzlich einmal pro Quartal erbracht werden.
25	<b>Bestätigung der Leistung</b>	Vertrag § 5 Absatz 4	Dürfen Kinder selbst die Leistung bestätigen?	Wenn Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr die Leistungen selbst unterschreiben, wird dies am Ende der Behandlungsserie durch Erziehungsberechtigte oder Betreuungspersonen mit einmaliger Unterschrift bestätigt.
26	<b>Fachliche Leitung</b>			Im neuen Vertrag ist die fachliche Leitung keine zulassungsrelevante Bedingung, vielmehr dient die fachliche Leitung der Qualitätssicherung.
27		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3	Was gilt hinsichtlich der fachlichen Leitung?	Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein, eine vorgegebene Mindestarbeitszeit für die fachliche Leitung ist vertraglich nicht vorgeschrieben.  a) Sofern die oder der Praxisinhabende selbst Ergotherapeut/in ist, ist eine angestellte fachliche Leitung nicht notwendig, aber möglich.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<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>
28		Vertrag § 3 Absatz 2	Kann die fachliche Leitung auch auf die/den Praxisinhabende/n und eine/n Angestellte/n aufgeteilt werden?	Ja.
29		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3 und Anlage 4 Vertrag	Wie lange kann eine angestellte fachliche Leitung ohne Vertretung ausfallen?	a) Sofern die oder der Praxisinhabende selbst Ergotherapeut/in ist, ist eine angestellte fachliche Leitung nicht vorgeschrieben. Falls es trotzdem eine angestellte fachliche Leitung gibt, kann diese ohne Vertretung für unbegrenzte Zeit ausfallen, da die fachliche Qualität durch den oder die Praxisinhabende/n selbst sichergestellt wird.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Für die ausgefallene fachliche Leitung gilt, dass die Zeiten der begründeten Unterbrechungen durch Mutterschutz, Eltern- oder Pflegezeit oder eine Arbeitsunfähigkeit von über 3 Monaten für die anteilige Reduzierung der Fortbildungsverpflichtung nachzuweisen sind.</p> <p>b) Wenn die oder der Praxisinhabende selbst kein/e Ergotherapeut/in ist, kann die fachliche Leitung ohne Vertretung 12 Wochen ausfallen.</p>
30		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3	Wie lange kann eine angestellte fachliche Leitung vertreten werden?	<p>a) Wenn die oder der Praxisinhabende selbst Ergotherapeut/in ist, gibt es kein zeitliches Limit für die optionale Vertretung einer optionalen angestellten fachlichen Leitung.</p> <p>b) Wenn die oder der Praxisinhabende selbst kein/e Ergotherapeut/in ist, kann eine angestellte fachliche Leitung für maximal 6 Monate vertreten werden. Bei längeren Zeiträumen ist eine neue fachliche Leitung gegenüber der ARGE Zulassung zu benennen.</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
31		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3	Wie viele Wochenstunden muss die Vertretung einer fachlichen Leitung angestellt sein?	Es gibt keine vertragliche Regelung zu den Wochenstunden der Vertretung der fachlichen Leitung.
32		Vertrag § 3 Absatz 2	Muss eine Personengesellschaft mit ein oder mehreren Ergotherapierenden zusätzlich eine fachliche Leitung anstellen?	Nein.
33	<b>Fortbildungen</b>	Anlage 4 Vertrag	Wer muss Fortbildungspunkte sammeln?	<p>Jede oder jeder Leistungserbringende ist zur zielgerichteten und regelmäßigen Fortbildung verpflichtet.</p> <p>Die oder der Praxisinhabende ist verpflichtet, auf die notwendige Fortbildung aller Leistungserbringenden ihrer oder seiner Praxis zu achten.</p> <p>Die Fortbildungsverpflichtung (60 FP) gilt für die oder den zugelassenen Leistungserbringenden oder die fachliche Leitung.</p> <p>Sofern eine oder zwei angestellte fachliche Leitung(en) gegenüber der ARGE Zulassung benannt wurde(n), ist/sind diese zum Nachweis der Fortbildungspunkte gemäß Anlage 4 verpflichtet, anderenfalls ist die</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>oder der zugelassene Leistungserbringende (=Praxisinhabende) als Ergotherapeut*in selbst zum Nachweis der Fortbildungspunkte verpflichtet.</p> <p>Bei Aufteilung der fachlichen Leitung auf mehrere Personen sind die erforderlichen Fortbildungspunkte jeweils von jeder Person nachzuweisen.</p>
34		Vertrag § 3 Absatz 2 Anlage 4 Vertrag	Muss die Vertretung der fachlichen Leitung auch Fortbildungspunkte nachweisen?	Da eine angestellte fachliche Leitung für maximal 6 Monate vertreten werden kann, ist die Vertretung der fachlichen Leitung nicht zum Nachweis von Fortbildungspunkten verpflichtet.
35		Anlage 4 Vertrag Ziffer 4 und 6	Werden online-Fortbildungen und Webinare anerkannt?	Online-Fortbildungen und Webinare werden anerkannt, wenn zusätzlich zu den unter Ziffer 4 der Anlage 4 beschriebenen Anforderungen eine Registrierung der Teilnehmenden und Protokollierung der Teilnahme erfolgt und die Möglichkeit zur direkten Interaktion mit den Dozierenden während der Fortbildung besteht.
36	<b>Hausbesuche</b>	Vertrag § 4	Ist die Praxis im Rahmen vorhandener Kapazitäten zu Hausbesuchen verpflichtet?	Ja, verordnete Hausbesuche sind in einem Radius von 10 km um die Praxis sicherzustellen. Darüber hinaus gehend ist die oder der zum Wohnort der oder des

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Versicherten nächstgelegene zugelassene Leistungserbringende verpflichtet.
37	<b>Korrekturen</b>	Anlage 3 Vertrag	Darf mit der Therapie begonnen werden, wenn einige Angaben fehlen?	Die Therapie kann begonnen werden, wenn Versicherten-Name und -Vorname, Geburtsdatum, Kostenträger und Ausstellungsdatum, sowie Diagnose, Heilmittel und Stempel/Unterschrift der/der Verordnenden vorhanden sind. Erforderliche Ergänzungen sind gemäß Anlage 3 nach Therapiebeginn nachzuholen.
38		Anlage 3 Vertrag Ziffer 4 Absatz 6	Können Korrekturen weiterhin per Fax durchgeführt werden?	Ja, der Faxweg zur Korrektur einer Verordnung ist weiterhin möglich. Die Korrekturmöglichkeiten gemäß Anlage 3 sind zu beachten.
39	<b>Korrekturverfahren, digital</b>		Muss ein Einspruch auf eine ungerechtfertigte Absetzung ebenfalls im digitalen Korrekturverfahren eingereicht werden?	Nein. Bei ungerechtfertigten Absetzungen ist ein formloser schriftlicher Einspruch bei der abrechnungsprüfenden Stelle einzureichen.
40	<b>Meldung der Mitarbeitenden</b>	Vertrag § 3 Absatz 4	Was muss bei der Meldung der Mitarbeitenden angegeben werden?	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.
41	<b>Öffnungszeiten</b>	Vertrag § 12 Absatz 1	Wie lange muss eine Praxis geöffnet sein?	Eine Praxis muss an mindestens 3 Tagen in der Woche für insgesamt mindestens 25 Stunden für die Versorgung von GKV-Versicherten zur Verfügung stehen.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Es besteht keine Verpflichtung zu festgelegten Öffnungszeiten.
42		Vertrag § 12 Absatz 1, § 3 Absatz 3, § 11 Absatz 8	Wann kann eine Praxis weniger als 25 Stunden zur Verfügung stehen?	Sofern entweder die oder der Praxisinhabende oder die angestellte fachliche Leitung vertreten wird, können in begründeten Ausnahmefällen die 25 Stunden wöchentlich unterschritten werden. Darüber hinaus kann im Einzelfall die Regelung in § 12 Absatz 1 unterschritten werden.
43	<b>Praxisinhabende/r</b>	Vertrag § 11 Absatz 8	Wie lange kann eine zugelassene Leistungserbringende oder ein zugelassener Leistungserbringender ausfallen?	<p>Ein begründeter Ausfall von bis zu 12 Wochen ist unschädlich.</p> <p>Sofern in begründeten Fällen, z. B. durch längerfristige Krankheit, Urlaub, Fortbildung, bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit, bei Pflegezeit sowie bei Tod länger als 12 Wochen die oder der Praxisinhabende ausfällt, ist bis zu 6 Monate eine Vertretung möglich, welche der ARGE Zulassung benannt werden muss.</p> <p>Wird der zuständigen ARGE Zulassung innerhalb von 6 Monaten keine neue zuzulassende Leistungserbringende oder kein neuer zuzulassender Leistungserbringender benannt, erlischt die</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Zulassung nach Ablauf der 6 Monate automatisch.
44		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.
45	<b>Schiene</b>	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.
46	<b>Thermotherapie</b>	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.
47	<b>Unterbrechungsregelung/12-Wochen-Regel</b>	Vertrag § 7 Absatz 3a	Muss eine VO gemäß § 7 Absatz 6 der HeilM-RL nach 12 Wochen abgeschlossen sein? Wann darf eine VO länger als 12 Wochen bearbeitet werden?	Die VO muss so ausgestellt sein, dass sie innerhalb von bis zu 12 Wochen abgearbeitet werden kann.  Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 7 Absatz 3a ihre Gültigkeit.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Bei Einhaltung folgender Regeln gelten die Verordnungen auch über die 12 Wochen hinaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterbrechungen bis zu 14 Kalendertagen sind unschädlich</li> <li>- Unterbrechungen von mehr als 14 Kalendertagen sind mit Begründung "therapeutisch indiziert" (T), "Krankheit Patient*in oder Leistungserbringende/r" (K) oder "Ferien oder Urlaub Patient*in oder Leistungserbringende/r" (F) in Summe bis 70 Kalendertage pro Verordnung zulässig, sofern das Therapieziel nicht gefährdet wird.</li> </ul>
48		Vertrag § 7 Absatz 3a	<p>Welche Tage werden auf die zulässigen 70 Tage begründete Unterbrechung angerechnet? Berechnungsbeispiel</p>	<p>Für die Berechnung der in Summe zulässigen 70 Tage werden nur Unterbrechungen berücksichtigt, die jeweils länger als 14 Kalendertage währen.</p> <p>Beispiel: letzter Behandlungstag vor Unterbrechung 31.03., erster Behandlungstag nach Unterbrechung 24.04. = die Unterbrechung beträgt insgesamt 23 Tage → 23 minus 14 Tage = 9 anrechenbare Tage</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>→ 70 minus 9 Tage = 61 verbleibende Tage, an denen eine begründete Unterbrechung möglich wäre</p>
49		HeilM-RL § 7 Absatz 6 Vertrag § 7 Absatz 3a	Muss bei 24 verordneten Einheiten mit Frequenz 1-2x wöchentlich (bei BVB oder LHB) durchgängig 2x wöchentlich behandelt werden, um alle 24 Einheiten durchführen zu können? Wie wäre es, wenn durchgängig nur 1x wöchentlich behandelt würde?	<p>Die Vorgaben zur 12-Wochen-Regel beziehen sich auf die Bemessung der Verordnungsmenge zum Zeitpunkt der Verordnungsstellung, nicht jedoch auf die Gültigkeit einer Verordnung über 12 Wochen hinaus. Daraus folgt:</p> <p>Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung der Unterbrechungsregelungen gemäß § 7 Absatz 3a ihre Gültigkeit.</p> <p>Wenn eine Verordnung richtlinienkonform ausgestellt wurde, dürfen die verordneten Einheiten unter Berücksichtigung der Unterbrechungsregelungen vollständig durchgeführt werden.</p> <p>Beispiel:</p> <p>Frequenzspanne auf der Verordnung: 1-3x wöchentlich</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten: 36</p> <p>Erbrachte Therapiefrequenz: 1x wöchentlich, 36 Behandlungseinheiten in 36 Wochen</p> <p>Ergebnis: Es können 36 Einheiten unter Beachtung der Unterbrechungsregelungen durchgeführt werden.</p>
50	<b>Verordnungsfall</b>	HeilM-RL § 7 Absatz 1 Vertrag § 7 Absatz 5	Dürfen zwei Verordnungen mit unterschiedlichem ICD-10-Code parallel abgearbeitet werden?	Ja, Verordnungen mit unterschiedlichen ICD-10-Codes dürfen parallel bearbeitet werden.
51	<b>Verordnungsmenge</b>	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?	<p>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.</p> <p>Soweit eine Altersbegrenzung vorliegt, ist auch diese zu prüfen. Weitere Nebenbedingungen, wie Akutereignisse und Schweregrade sind nicht zu prüfen.</p> <p>Zusätzlich ist zu prüfen, ob durch die oder den Verordnenden die Menge und die</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Frequenz für 12 Wochen korrekt berechnet wurde.
52	<b>Verordnungsrückseite</b>	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.
53		Vertrag § 5 Absatz 1 Anlage 3 Vertrag lit. o)	Wie können die Leistungen auf der Rückseite eingetragen werden?	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 und unter Angabe des Datums 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. Als verständlicher Eintrag im Wortlaut in der ersten Zeile sind z. B. folgende Einträge zulässig:  mot.-funkt. Beh. (= Motorisch-funktionelle Behandlung)

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>Sensomot.-perz. Beh. (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung)  Neuropsych. orientierte Beh.  (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung)  Hirnleistungstr. (= Hirnleistungstraining)  Psych.-funkt. Beh. (= Psychisch-funktionelle Behandlung)  + Schiene (= Ergotherapeutische Schiene) +  HB (= Hausbesuch)</p> <p>Ab der zweiten Zeile sind folgende Kürzel zulässig:</p> <p>MFB (= Motorisch-funktionelle Behandlung)  SPB (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung)  NOB (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung)  HLT(= Hirnleistungstraining)  PFB (= Psychisch-funktionelle Behandlung)</p> <p>Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und der Bericht werden nicht auf der VO-Rückseite notiert und auch nicht bestätigt.</p>
54			Bei einzelnen PVS wird in der Blankoformularbedruckung auf der zweiten Seite der	Ja, Patientennamen können händisch auf der Rückseite nachgetragen werden.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			Verordnung das Feld mit den Patientendaten nicht gefüllt. Dürfen diese Angaben händisch nachgetragen werden?	
55			Der Patient ist aufgrund seines Gesundheitszustandes 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 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.
56		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.
57	<b>Zulassung</b>	Anlage 5 Vertrag (Zulassung)	Muss für jede/n weiteren Leistungserbringende/n ein	Ja, für jede Leistungserbringende oder jeden Leistungserbringenden ist ein Therapieraum von mindestens 12 m <sup>2</sup> erforderlich. Dies gilt

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			12 m <sup>2</sup> -Raum vorgehalten werden?	nicht, wenn sich in den Praxisräumen die Therapiezeiten der Leistungserbringenden nicht überschneiden.
58	<b>Zuzahlung</b>	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.
59		Vertrag § 8 Absatz 3	Wann muss die Zuzahlung eingezogen werden?	Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat die Versicherten vor Beginn der Behandlung schriftlich über die Zuzahlungspflicht, über die Fälligkeit der Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung und die Möglichkeit der Erstattung bei zu viel gezahlter Zuzahlung aufzuklären. Sofern die Zuzahlung nicht am ersten Behandlungstag entrichtet wurde, hat die oder der zugelassene Leistungserbringende ab dem Tag der zweiten Behandlung die Versicherten schriftlich an die Zuzahlung zu erinnern und ihnen eine Zahlungsfrist von

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>14 Kalendertagen einzuräumen. Zahlt die oder der Versicherte trotz dieser gesonderten schriftlichen Aufforderung die Zuzahlung bis zum Ende der Behandlungsserie bzw. bis zum Ablauf der Zahlungsfrist nicht, hat die Krankenkasse gemäß § 43 Absatz 1 Satz 2 SGB V die Zuzahlung einzuziehen. In diesem Fall berechnet die Praxis die Brutto-Preise und verwendet bei der Zuzahlung gemäß Ziffer 8.1.3 den Schlüssel 2 (2= keine Zuzahlung trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung; vgl. Abrechnungsrichtlinie).</p>
60		Vertrag § 8 Absatz 3	Muss die Zuzahlung unbedingt beim ersten Termin eingezogen werden?	<p>Gemäß Patientenrechtegesetz § 630 c Absatz 3 BGB sind Behandelnde in jedem Fall verpflichtet, jede/n Patient*in vor Behandlungsbeginn schriftlich über die auf sie oder ihn zukommenden 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</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Zahlungsbetrages an die Krankenkasse ist im Rahmen des Korrekturverfahrens mit dem Verarbeitungskennzeichen 03 = Zahlungsnachforderung möglich, sofern die oder der Patient*in nicht zahlt.