



Fragen–Antworten–Katalog Physiotherapie

Stand: 26.09.2022

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

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
1	Redaktioneller Hinweis zur Anlage 4 (Fortbildung) Ziffer 4, 12. Spiegelstrich		Bitte beachten Sie den redaktionellen Verweisfehler unter Ziffer 4 bei folgendem Spiegelstrich: <ul style="list-style-type: none"> – Praxisinterne Fortbildungen, sofern die oder der Dozierende die Anforderungen nach Ziffer 6 nicht erfüllt Richtig ist der Verweis auf Ziffer 5.
	Vertrag		
2	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.
3	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.
4	Einsatz von Schülerinnen oder Schüler/Studierenden § 3 Absatz 6a	Können Personen, die <ul style="list-style-type: none"> – sich von der Masseurin und med. Bademeisterin oder vom Masseur und med. Bademeister zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nachqualifizieren oder 	Ja, diese Personen fallen unter die Regelungen zu § 3 Abs. 6a des Rahmenvertrages zu Schülerinnen oder Schülern und Studierenden.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
		<ul style="list-style-type: none"> - mit einer ausländischen Berufsausbildung zur Anerkennung ihrer Ausbildung in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> • einen Anpassungslehrlang absolvieren bzw. • eine Prüfung über die Inhalte des deutschen Staatsexamens durchführen, <p>in der Praxis eingesetzt werden?</p>	
5	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.
6	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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
7	Gültigkeit der Verordnung §7 Abs.3a	Wie wird die 3 bzw. 6 Monatsfrist berechnet?	Der Tag nach dem Behandlungsbeginn ist der so genannte Ereignistag. Bei einem Behandlungsbeginn am 02.08.22 läuft die Frist (hier 3-Monatsfrist) damit vom 03.08.22 00.00 Uhr bis 02.11.22 23.59 Uhr. Ab dem 03.11.2022 ist die Verordnung ungültig.
8	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.
9	Mehrere Zulassungen unter einem IK § 17 Abs. 2	<p><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></p> <p>Welche Fallkonstellationen sind davon betroffen?</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 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.
	Anlage 1- Leistungsbeschreibung		

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
10	Standardisierte Kombination von Maßnahmen- D1	<p>In der aktuellen Heilmittelrichtlinie ist die Bezeichnung „D1“ durch "Standardisierte Kombination von Maßnahmen" ersetzt worden. Im aktuellen Vertrag sowie den Anlagen wird sie hingegen weiter verwendet. Ist hier auf den Verordnungen eine Verwendung einer Bezeichnung zwingend?</p> <p>Was ist zu beachten, wenn die Ärztin oder der Arzt bestimmte Maßnahmen auf der Verordnung bei D1 spezifiziert?</p>	<p>Nein, beide Bezeichnungen können auf der Vorderseite der Verordnung angegeben werden. Auf der Rückseite müssen jedoch die einzelnen durchgeführten Maßnahmen im Bestätigungsfeld aufgeführt werden.</p> <p>Die grundsätzliche Vorhaltungspflicht (obligatorischen Maßnahmen: KG, KG-Gerät, MT, KMT, Wärme/Kältetherapie, Elektrotherapie) gilt. Allerdings müssen auch die zusätzlich ärztlich verordneten Maßnahmen vorgehalten werden.</p>
Anlage 2- Vergütungsvereinbarung			
11	Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und „Rückbildungsgymnastik“	Müssen diese Leistungen ärztlich verordnet werden?	Nein.
12	Abgabe und Abrechnung der Positionen „Geburtsvorbereitung“ und „Rückbildungsgymnastik“	Können die Positionen „Geburtsvorbereitung“ und „Rückbildungsgymnastik“ von Einrichtungen mit einer Zulassung nach § 124 Abs. 5 SGB V abgerechnet werden?	Ja.
Anlage 3a und 3b			
13	Korrekturen durch den Arzt und die Ärztin	Können sich die Ärzte und Ärztinnen z.B. einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis, eines MVZ oder eines 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?	Ja.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
14	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 zwei 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. Im Datenaustausch nach § 302 SGB V sind in diesem Fall beide relevanten ICD-10-GM-Codes anzugeben.
15	HeilM-RL Langfristiger Heilmittelbedarf Anlage 2; Besondere Verordnungsbedarfe; Anlage 3a 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 und der Platzhalter bei der Angabe des ICD-10 Code auf der Verordnung fehlt?	Nein, diese ICD-10 Codes müssen nicht korrigiert werden. Beispiel: M41.0- bzw. M41.0
16	Langfristiger Heilmittelbedarf Anlage 2 HeilM-RL Besondere Verordnungsbedarfe	Bei verschiedenen ICD-10-Codes in der Liste des Langfristigen Heilmittelbedarfs bzw. der Besonderen Verordnungsbedarfe wird der besondere Verordnungsbedarf daran geknüpft, dass der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (Beispiele: „M41.0-“, bzw. „M42.04“). Begründet die Verordnung weiter einen langfristigen Heilmittelbedarf bzw. besonderen Verordnungsbedarf, wenn der Patient die Altersgrenze im Laufe der Behandlungsserie überschreitet?	Ja. Ausschlaggebend ist für die Frage, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf bzw. besonderer Verordnungsbedarf begründet wird, der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
17	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.
18	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.
19	Änderung/Ergänzung der Verordnung durch Leistungserbringer Anlage 3a/3b Ziffer 4	In den Anlagen 3a/3b ist an verschiedenen Stellen fol- gendes geregelt: <i>„Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungs- erbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvor- drucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.“</i> Wer muss hier unterschreiben? Kann hier nur die The- rapeutin oder der Therapeut, oder auch die Verwal- tungskraft unterschreiben?	Die Änderungen/Ergänzungen auf der Verordnung können von Therapeutinnen oder Therapeuten oder von Verwaltungs-/Assistenzkräften unterschrieben werden.
20	Hausbesuch Anlage 3a, Ziffer 5 lit. c) / Anlage 3b, Ziffer 5 lit. b)	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?	Nein. Ist ein Hausbesuch nicht bzw. nicht bei jeder Behandlung erforderlich, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht notwendig.
21	Doppelbehandlung Anlage 3a Ziffer 5 lit. f)	Wie müssen Doppelbehandlungen dokumentiert und bestätigt werden?	Bei Doppelbehandlungen sind entweder 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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
			Erbracht werden jedoch in jedem Fall zwei Einheiten pro Termin Doppelbehandlung, sodass z. B. 10 verordnete Einheiten 5 Termine ergeben.
22	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.
23	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.
24	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges, KG-ZNS-Kinder Anlage 3a, Ziffer 5 lit. g1)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. f)	Kann der Patient beim Überschreiten der Altersgrenze 18. Lebensjahr während der laufenden Behandlungsserie weiter im Rahmen der KG-ZNS-Kinder behandelt werden?	Ja. Ausschlaggebend ist in diesem Fall der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung. Mit Blick auf die gesetzlich geregelte Zuzahlungspflicht wird der Patient aber nach überschreiten der Altersgrenze zuzahlungspflichtig, d.h. für die verbleibenden Behandlungseinheiten werden 10 Prozent Zuzahlung fällig, es sei denn, der Patient ist von der Zuzahlung befreit.
25	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
26	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 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, muss 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.
27	Parallel ausgestellte Verordnungen ICD-10- Code Anlage 3a Ziffer 5 lit. k)/ 3b Ziffer 5 lit. j2) und Vertrag § 3 Abs.9	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?	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.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
28	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.
29	Bestätigungsfeld, Unterschrift des Versicherten Anlage 3a, Ziffer 5 lit. o)/ Anlage 3b, Ziffer 5 lit. l)	Die Unterschriftenfelder auf den 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.
	Anlage 5- Zulassungsvoraussetzung		
30	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.