

Abrechnungs-PLUS - Podologie

Vermeiden Sie unnötige Absetzungen! Nutzen Sie unsere Abrechnungstipps!
Besuchen Sie unser Gesundheitspartnerportal: <https://www.aok.de/gp/podologie?region=sachsen> oder
<https://www.aok.de/gp/podologie?region=thueringen>

Wichtige Vorschriften sind: Heilmittelrichtlinie/Heilmittelkatalog, Rahmenvertrag, Rahmenempfehlung sowie das BSG-Urteil zur Prüfpflicht von Therapeuten B 1 KR 4/09 vom 27.10.2009



Stand: 2023

Vor Behandlungsbeginn müssen folgende Angaben auf der Verordnung vorhanden sein. Fehlen diese, darf mit der Behandlung nicht begonnen werden. Sind die Angaben falsch oder unvollständig, ist eine Korrektur/Ergänzung durch die Ärztin/den Arzt vor Einreichung der Abrechnung mit Datum und erneuter Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Name, Vorname des Versicherten; geb.am; Versichertennummer	
Krankenkasse/Kostenträger	AOK PLUS
Kostenträgerkennung	
Arzt-Nr.	LAN – Lebenslange Arztnummer
Ausstellungsdatum	kann bis zum Behandlungsbeginn geändert oder eine neue Verordnung ausgestellt werden.
Heilmittel	unvollständig, fehlerhaft, passt nicht zur Diagnosegruppe
Behandlungsrelevante Diagnose (ICD-10-Code)	fehlt, nicht therapierelevant, unvollständig, passt nicht zur Diagnosegruppe (weitere Informationen zur Diagnose – siehe sonstige Hinweise auf der Rückseite)
Stempel und Unterschrift des Arztes	fehlt – Behandlungsauftrag ist ungültig.

Vor Einreichung der Abrechnung können folgende Angaben auf der Verordnung durch die Ärztin/den Arzt geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum und erneuter Unterschrift der Ärztin/des Arztes zu bestätigen.

Hausbesuch	Änderung auf „Ja“; Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich.
dringlicher Behandlungsbedarf	kann nur von der Ärztin/vom Arzt aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach der Ausstellung beginnen.

Vor Einreichung der Abrechnung können folgende Angaben auf der Verordnung im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum und Unterschrift der zugelassenen Podologin/des zugelassenen Podologen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen ärztlichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.

Therapiebericht	Bei nachträglicher Forderung durch die Ärztin/den Arzt kann das Kreuz „Ja“ korrigiert werden.
Vor Einreichung der Abrechnung können folgende Angaben auf der Verordnung durch die zugelassene Podologin/den zugelassenen Podologen geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum und Unterschrift der zugelassenen Podologin/des zugelassenen Podologen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen ärztlichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.	

Betriebsstättennummer ist von der zugelassenen Podologin/dem zugelassenen Podologen dem Arztstempel zu entnehmen.

Änderungen/Ergänzungen nach der Abrechnung: Fällt der AOK PLUS bei der Rechnungsprüfung auf, dass folgende Angaben auf der Verordnung falsch sind/fehlen, wird die Verordnung abgesetzt und eine Kopie der Verordnung an die zugelassene Podologin/den zugelassenen Podologen oder das Abrechnungszentrum zurückgeschickt. Die zugelassenen Podologin/der zugelassene Podologe erhält einmalig die Möglichkeit zur Änderung/Ergänzung innerhalb von 3 Monaten.

Betriebsstättennummer	im Personalienfeld ist von der zugelassenen Podologin/dem zugelassenen Podologen dem Arztstempel zu entnehmen
Behandlungseinheiten	Korrektur/Ergänzung durch die Ärztin/den Arzt mit Datum und erneuter Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Therapiefrequenz	ist angegeben – Änderung im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt und Dokumentation auf der Rückseite der Verordnung durch die zugelassene Podologin/dem zugelassenen Podologen; fehlt – Frequenzempfehlung des Heilmittelkataloges ist verbindlich anzuwenden.
Diagnosegruppe	fehlt/fehlerhaft/passt nicht zur Diagnose - Korrektur/Ergänzung durch die Ärztin/den Arzt mit Datum und erneuter Ärztinnen-/Arztunterschrift
Leitsymptomatik	Änderungen/Ergänzungen im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt sind mit Datum, Unterschrift der zugelassenen Podologin/des zugelassener Podologen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen ärztlichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.
Behandlungsdaten auf der Rückseite	auf der Rückseite der Verordnung fehlt/unvollständig/falsch – Änderungen/Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der/des Versicherten und Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Maßnahmen (Heilmittel, Hausbesuch)	auf der Rückseite der Verordnung fehlt/unvollständig/falsch – Änderungen/Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift des/des Versicherten und Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Leistungserbringer	Neu - auf der Rückseite der Verordnung sind die Initialen der abgebenden Leistungserbringerin/des abgebenden Leistungserbringers einzutragen.
Rechnungsdaten	auf der Rückseite der Verordnung
Stempel/Unterschrift Leistungserbringer	auf der Rückseite der Verordnung - Bestätigung der Richtigkeit der Verordnung durch die zugelassene Podologin/den zugelassenen Podologen

Wichtige Prüfungen während der Therapie:

Parallele Verordnungen	für dieselbe Versicherte/denselben Versicherten innerhalb derselben Diagnosegruppe und vollständig identischem ICD-10-Code (ggf. der derselben Lokalisation) dürfen nicht zeitgleich erbracht werden. „Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose (ggf. an derselben Lokalisation) begonnen wird.“		
Quittierung der Leistung auf der Empfangsbestätigung	Sie vermeiden Behandlungsüberschneidungen, wenn die/der Versicherte für die empfangene Leistung am Therapietag mit Datum und Unterschrift quittiert. Bei Kindern < 10 Jahre hat ein gesetzlicher Vertreter/Betreuer zu unterzeichnen. Bei Bestätigung durch einen gesetzlichen Vertreter/Betreuer ist ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund unterschreibt auf der Rückseite der Verordnung anzugeben. Bitte beachten Sie: Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln (z. B. Tipp-Ex) sind unzulässig.		
Maßnahme, Hausbesuch	Achten Sie darauf, dass das verordnete Heilmittel dem empfangenen Heilmittel entspricht. Ist ein Hausbesuch verordnet und durchgeführt, geben Sie diesen gesondert als Maßnahme an.		
Gültigkeit der Verordnung bei Unterbrechung der Behandlung	Bei einer Unterbrechung von 12 Kalenderwochen nach dem letzten Behandlungstag verliert die Verordnungen ihre Gültigkeit.		
Wichtige Prüfungen vor der Abrechnung:			
Gebührpflicht – Verweigerung der Zuzahlung	Zahlt die/der Versicherte in Ausnahmefällen nicht, fordern Sie ihn schriftlich auf, Zuzahlungen zu leisten. Bleibt die Zahlung aus, kann der geforderte Betrag über eine Nachberechnung bei der AOK PLUS geltend gemacht werden. Fügen Sie die an die Versicherte/den Versicherten gerichtete schriftliche Aufforderung der Rechnung bei.		
Heilmittel/empfangene Maßnahme	Prüfen Sie, ob verordnete - empfangene - abgerechnete Heilmittel übereinstimmen. Wenn nicht, erfolgt keine Vergütung oder wird diese gekürzt.		
	Verordnetes Heilmittel	Empfangenes Heilmittel (zu Behandlungsbeginn einmalig im Wortlaut auf der Empfangsbestätigung vermerken, dann Abkürzung möglich)	Abgerechnetes Heilmittel - Positionsnummer
	Hornhautabtragung	podologische Behandlung (klein) – Abkürzung möglich, z. B. pod.Beh.kl.	78010
	Nagelbearbeitung	podologische Behandlung (klein) – Abkürzung möglich, z. B. pod.Beh.kl.	78010
	Podologische Komplexbehandlung (Therapiezeit 20 Minuten)	podologische Behandlung (klein) – Abkürzung möglich, z. B. pod.Beh.kl.	78010
	Podologische Komplexbehandlung (Therapiezeit 35 Minuten)	podologische Behandlung (groß) – Abkürzung möglich, z. B. pod.Beh.gr.	78020
Podologische Befundung zusätzlich zu jeder Behandlung abrechenbar	ohne Eintrag auf der Versichertenbestätigung		78030
Hausbesuch	Die Position 79933 und 79934 sind nicht zusammen abrechenbar. Eine Hausbesuchspauschale kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden. Rechnen Sie Hausbesuche in sozialen Einrichtungen, wie Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Einrichtungen für Kurzzeit- und Tagespflege sowie Wohnformen, die auf die medizinische, soziale und therapeutische Betreuung älterer und/oder pflegebedürftiger Personen ausgelegt sind, mit der GPOS 79934 ab. Fehlt die Maßnahme „Hausbesuch“ auf der Versichertenbestätigung, erfolgt keine Vergütung.		
Dokumentation Änderungen/Ergänzungen	Prüfen Sie, ob alle während der Therapie vorgenommenen Änderungen/Ergänzungen entsprechend der Hinweise auf Seite 1 erfolgten. Wenn nicht, erfolgt keine Vergütung oder wird diese gekürzt		
Leistungserbringung während vollstationärer Behandlung	Kommt es wegen Bestätigungen im Voraus oder Globalunterschriften von Versicherten/gesetzlichen Vertretern/Betreuern zur Abrechnung nicht erbrachter Leistungen während stationärer Aufenthalte, werden diese Leistungen nicht vergütet. Ist Ihnen bekannt, dass eine Versicherter am Tag der Behandlung stationär aufgenommen bzw. entlassen wurde, vermerken Sie die Uhrzeit der Behandlung für diesen Tag auf der Rückseite der Verordnung. Dadurch vermeiden Sie Rechnungskürzungen.		
Mitteilungspflicht bei Änderung der Abrechnungsbeziehungen	Bitte teilen Sie der AOK PLUS, Team Verträge Heilmittel, 09099 Chemnitz, schriftlich mit, wenn Sie das Abrechnungszentrum wechseln. Abrechnungsbeziehungen müssen aus juristischen und datenschutzrechtlichen Gründen klar abgegrenzt sein. Ohne Ihre gültige Abtrittserklärung kann keine Zahlung an das neue Abrechnungszentrum erfolgen.		
Sonstige Hinweise:			
Behandlungsrelevante Diagnose	Angabe als ICD-10-Code und/oder Klartext möglich; Wurden mehrere Diagnosen (ICD-10-Codes) angegeben, ist die Reihenfolge nicht relevant. Entscheidend ist, dass eine behandlungsrelevante Diagnose angegeben wurde und die Diagnose zur Diagnosegruppe passt. Diagnoseschlüssel DF – Es muss ein ICD-10-Code angegeben sein, der mindestens das „Diabetische Fußsyndrom“ oder eine „diabetische Neuropathie“ deklariert. Diagnoseschlüssel NF – Es muss ICD-10-Code angegeben sein, der eine krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (nicht diabetische Neuropathie) deklariert. Diagnoseschlüssel QF – ICD-10-Code angegeben sein, der eine krankhafte Schädigung am Fuß und ein neuropathisches Schädigungsbild als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder inkomplett) deklariert,		
Leitsymptomatik	Eine oder mehrere Leitsymptomatiken sind auf der VO als a) - b) - c) oder als Klartext anzugeben. Wurde die „patientenindividuelle Leitsymptomatik“ angekreuzt, ist zusätzlich ein Freitext - vergleichbar mit a), b) oder c) - anzugeben.		
Verjähung	Ihr Vergütungsanspruch verjährt jeweils nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats in dem sie abgeschlossen worden sind.		
Verjähung bei Beanstandungen	Einspruch gegen Rechnungskürzungen – 9 Monate nach Zugang des Differenzprotokolls Wiedereinreichung nach Rücksendung der Verordnung zur nachträglichen einmaligen Korrektur – 3 Monate nach Zugang der Verordnungskopie		
Zwischenabrechnung	Nach Erbringung von 3 Behandlungen - Vorlage der Originalverordnung und Versichertenbestätigung; Nach Abschluss der Behandlung – Vorlage Verordnungskopie; Versichertenbestätigung mit Originalunterschriften für die noch erbrachten Behandlungen; bereits abgerechneten Leistungen durch einen Vermerk kennzeichnen; kein erneuter Abzug der Ordnungsgebühr bei der Endabrechnung		
Praxiswechsel/-übernahme/-veräußerung (Wechsel Institutionskennzeichen (IK) bei laufender Therapie)	Der bisherige Praxisinhaber rechnet die bereits erbrachten Leistungen auf der Originalverordnung über sein bisher gültiges IK ab. Vor der Abrechnung händigt der Praxisübergeber eine Kopie der Verordnung mit dem Hinweis "Inhaberwechsel" an den Praxisübernehmer aus bzw. vermerkt der Praxisinhaber "IK-Wechsel". Die Leistungen nach Praxisübernahme/IK-Wechsel werden auf der Rückseite der Verordnung-Kopie quittiert. Bereits abgerechnete Leistungen werden entsprechend gekennzeichnet. Der Praxisübernehmer bzw. der Praxisinhaber mit dem neuen IK rechnet seine erbrachten Leistungen auf dieser Kopie mit seinem IK ab.		