

# Abrechnungs-PLUS – Physiotherapie



<https://www.aok.de/gp/physiotherapie?region=sachsen>

<https://www.aok.de/gp/physiotherapie?region=thueringen>

Stand: 2023

**Vor Behandlungsbeginn** müssen folgende Angaben auf der Verordnung vorhanden sein. Sind diese unvollständig/falsch, können sie **durch den Verordnenden** bis zum Behandlungsbeginn mit Datum und erneuter Verordnerunterschrift auf der Vorderseite der Verordnung ergänzt/geändert werden.

Name, Vorname des Versicherten	
Kostenträger bzw. der Krankenkasse	
Ausstellungsdatum	kann geändert oder eine neue Verordnung ausgestellt werden.
Heilmittel (inklusive Zeitangabe MLD)	unvollständig, fehlerhaft, passt nicht zur Diagnosegruppe
Behandlungsrelevante Diagnose (ICD-10-Code)	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.
Vertragsarzt-/Zahnarztstempel und Unterschrift	fehlt – Behandlungsauftrag ist ungültig.

**Vor Einreichung der Abrechnung** können folgende Angaben auf der Verordnung **durch den Verordnenden** geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum und erneuter Verordnerunterschrift 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 vom Arzt/Zahnarzt aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach der Ausstellung beginnen.
Behandlungseinheiten	Ergänzung; Änderung der Aufteilung auf verschiedene Heilmittel

**Vor Einreichung der Abrechnung** können folgende Angaben auf der Verordnung **durch den Leistungserbringenden (LE) im Einvernehmen mit dem Verordnenden** geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum, Unterschrift zugelassener LE, Therapeut oder Verwaltungs /Assistenzkraft und dem Kürzel „LE“ auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen Verordnungsangaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.

Therapiebericht	Bei nachträglicher Forderung durch den Arzt/Zahnarzt kann das Kreuz „Ja“ korrigiert werden.
ergänzende Angaben zum Heilmittel	z. B. Änderung Bobath, Vojta, PNF; Doppelbehandlung
Änderung Einzel- in Gruppentherapie	
Therapiefrequenz	ist angegeben – Änderung im Einvernehmen mit dem Arzt/Zahnarzt; fehlt – Frequenzempfehlung des Heilmittelkataloges ist verbindlich anzuwenden.

**Vor Einreichung der Abrechnung** können folgende Angaben auf der Verordnung **durch den LE nach Information des Verordnenden** geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum, Unterschrift zugelassener LE, Therapeut oder Verwaltungs /Assistenzkraft und dem Kürzel „LE“ auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.

Änderung Gruppen- in Einzeltherapie	
<b>Vor Einreichung der Abrechnung</b> können folgende Angaben auf der Verordnung <b>durch den LE</b> geändert/ergänzt werden. Änderungen/Ergänzungen sind mit Datum, Unterschrift zugelassener LE, Therapeut oder Verwaltungs /Assistenzkraft und dem Kürzel „LE“ auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.	

Versichertennummer	ist der gültigen vorgelegten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu entnehmen.
Status	ist der gültigen vorgelegten eGK zu entnehmen.
Kostenträgerkennung	ist der gültigen vorgelegten eGK zu entnehmen.
Betriebsstättennummer	ist dem Arztstempel zu entnehmen.
Arzt-/Vertragszahnarztstempelnummer	ist dem Arzt-/Zahnarztstempel zu entnehmen (LANR = lebenslange Arztnummer).

**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 den LE oder das Abrechnungszentrum zurückgeschickt. Der LE erhält einmalig die Möglichkeit zur Änderung/Ergänzung innerhalb von 3 Monaten.

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	Änderung/Ergänzung durch Arzt/Zahnarzt mit Datum und erneuter Arzt-/Zahnarztunterschrift
Leitsymptomatik	Änderungen/Ergänzungen im Einvernehmen mit dem Arzt/Zahnarzt sind mit Datum, Unterschrift zugelassener LE, Therapeut oder Verwaltungs-/Assistenzkraft und dem Kürzel „LE“ auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der geänderten/ergänzten Angabe zu bestätigen. Die ursprünglichen ärztlichen/zahnärztlichen Angaben müssen sichtbar bleiben. Korrekturmittel dürfen nicht verwendet werden.
Behandlungsdaten auf der Rückseite	fehlt/unvollständig/falsch – Änderungen/Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift des Versicherten und Angabe des Korrekturdatums zu bestätigen. Bei Änderungen/Ergänzungen dürfen Korrekturmittel nicht verwendet werden.
Maßnahmen (Heilmittel, Hausbesuch) auf der Rückseite	fehlt/unvollständig/falsch – Änderungen/Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift des Versicherten und Angabe des Korrekturdatums zu bestätigen. Bei Änderungen/Ergänzungen dürfen Korrekturmittel nicht verwendet werden.
Stempel/Unterschrift LE auf der Rückseite	Bestätigung der Richtigkeit der Verordnung durch LE oder einem von ihm beauftragten Mitarbeiter

Wichtige Prüfungen während der Therapie:	
Parallele Verordnungen	für denselben Versicherten innerhalb derselben Diagnosegruppe und vollständig identischem ICD-10-Code (ggf. der Zusatzkennung der 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.“ Dies gilt auch bei Verordnungen durch verschiedene Ärzte.
Quittierung der Leistung auf der Empfangsbestätigung	Sie vermeiden Behandlungsüberschneidungen, wenn 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) ist unzulässig.
Maßnahme	Achten Sie darauf, dass das verordnete Heilmittel dem empfangenen Heilmittel entspricht. Ist ein Hausbesuch verordnet und durchgeführt, geben Sie diesen gesondert als Maßnahme an.
Behandlungsunterbrechungen	Kennzeichnen Sie Behandlungsunterbrechungen > 14 Kalendertage mit dem entsprechenden Buchstaben: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T); Krankheit des Versicherter/LE (K); Ferien bzw. Urlaub Versicherter/LE (F). Werden Behandlungen wegen anderer Gründe unterbrochen, sprechen Sie uns bitte an.
Gültigkeit der Verordnung	Verordnungen mit bis zu 6 Behandlungseinheiten verlieren 3 Monate, Verordnungen mit mehr als 6 Behandlungen verlieren 6 Monate nach dem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit.
Wichtige Prüfungen vor der Abrechnung:	
Zuzahlung	Ziehen Sie die Zuzahlungen vom Versicherten am ersten Behandlungstag ein und verrechnen Sie diese mit dem Vergütungsanspruch. Zahlt 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 den Versicherten gerichtete gesonderte schriftliche Aufforderung der Rechnung bei.
Heilmittel	Prüfen Sie, ob verordnetes, empfangenes und abgerechnetes Heilmittel identisch sind. Wenn nicht, wird die Leistung abgesetzt bzw. gekürzt.
Hausbesuch	Eine Hausbesuchspauschale kann grundsätzlich nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden. Erhält der Versicherte mehrere Therapien im gleichen Zeitraum (verschiedene Verordnungsfälle) kann der Hausbesuch nur auf einer Verordnung abgerechnet werden (Wirtschaftlichkeitsgebot). Rechnen Sie Hausbesuche in sozialen Einrichtungen mit der GPOS X9934 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 dokumentiert wurden. 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 ein 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 Rechenungskürzungen.
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:	
Verjährung	Ihr Vergütungsanspruch verjährt jeweils nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats in dem sie abgeschlossen worden sind.
Beanstandungen/Nachforderungen	Erheben Sie Nachberechnungen zu gekürzten bzw. abgesetzten Leistungen innerhalb von 9 Monaten (3 Monaten bei Rücksendung der Verordnung) nach Zugang des Differenzschreibens.
Praxiswechsel/-übernahme/-veräußerung (Wechsel Institutionskennzeichen (IK) bei laufender Therapie)	Der bisherige Praxisinhaber rechnet die bereits erbrachten Leistungen auf der Originalverordnung bzw. 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 Verordnungs-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.
Besonderheiten in der Physikalischen Therapie	
Ergänzendes Heilmittel (z. B. WT)	Falls das ergänzende Heilmittel vom Arzt/Zahnarzt nicht näher spezifiziert wurde, können Sie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes das ergänzende Heilmittel selbst auswählen.
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	Bitte beachten Sie § 18 Abs. 2 Nr. 7 Heilm-RL: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Minuten – Teilbehandlung Behandlung 1 Körperteil - eines Armes oder eines Beines, des Rückens, des Kopfes einschließlich des Halses oder des Rumpfes bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen</li> <li>• 45 Minuten - Großbehandlung 2 Körperteile – eines Armes und eines Beines, eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses, beider Arme oder beider Beine bei Lymphödemen sowie Phlebo-Lymphödemen oder Lipödemen</li> <li>• 60 Minuten - Ganzbehandlung 2 Körperteile - eines Armes und eines Beines, eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses, beider Arme oder beider Beine bei schwergradigen Lymphödemen oder Lipödemen;</li> <li>• 60 Minuten – Ganzbehandlung 1 Körperteil – des Kopfes einschließlich des Halses, eines Armes oder eines Beines bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschädigung (mit z. B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung)</li> </ul> Spezielle Kompressionsbandagierungen sind im Anschluss an eine MLD auf dem Verordnungsmuster gesondert vom Arzt zu verordnen. Die Abrechnung ist pro bandagierter Extremität möglich. Der Vergütungssatz beinhaltet die Kosten für Polstermaterial und Trikofix. Die Kompressionsbinden werden vom Arzt gesondert verordnet. Für das Anziehen von Kompressionsstrümpfen ist die Abrechnung von Kompressionsbandagierung ausgeschlossen.
Standardisierte Heilmittelkombination (DI)	Innerhalb eines Verordnungsfalls sind bei komplexen Schädigungen maximal 12 Einheiten verordnungsfähig. Auf der Rückseite der Verordnung ist jedes erbrachte Heilmittel zu dokumentieren. Die Angabe „D“ oder D1“ reicht nicht aus.
Massagen	Die Verordnung von Massagen ist auf maximal 12 Einheiten je Verordnungsfall bei WS, EX, CS begrenzt. Bei den Diagnoseschlüsseln AT, SO1, SO4, SO5 gilt die Begrenzung nicht.