

### Fragen-Antworten-Katalog (FAK) Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Grundlage für die Prüfung der Verordnungen durch die Krankenkassen für alle Leistungen ab 16.03.2021

Der FAK wird fortlaufend aktualisiert.

Hinweis: Nr. 1-13 betreffen den Übergangszeitraum 01.01.2021-15.03.2021

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
1.	Übergangszeitraum Anerkennung des Vertrags	Wann beginnt die Frist für die Anerkennung des Vertrags nach § 124 SGB V?	Die Frist beginnt mit dem Inkrafttreten am 16.03.2021 und endet am 15.09.2021.
2.	Übergangszeitraum Abrechnung der neuen Preise	Dürfen die neuen Preise auch vor der Anerkennung des Vertrags abgerechnet werden?	Ja. Auch vor Abgabe der Anerkennnis können Leistungen zu den Konditionen des neuen Vertrags abgerechnet werden.
3.			Vgl. Frage 11
4.	Übergangszeitraum Zuzahlung bis zum 16.03.2021	Der Therapeut hat die Zuzahlung beim Versicherten nach den alten Preisen eingezogen, rechnet aber nach dem 16.03 die neuen Preise mit der Krankenkasse ab. Ist die Differenz dem Versicherten nachzuberechnen?	Ja. Für Abrechnungen ab dem 16.03.2021 gilt folgendes: für Leistungen mit Datum bis zum 31.12.2020 sind die alten Preise und Zuzahlungsbeträge anzuwenden. Für Leistungen ab 01.01.2021 die neuen Preise/ Zuzahlungsbeträge.
5.	Übergangszeitraum Diagnostik	Ab welchem Leistungstag dürfen die neuen Diagnostikpositionen abgerechnet werden? Rückwirkend ab 01.01.2021 oder ab Vertragsabschluss 16.03.2021?	Die neue Position „Erstdiagnostik“ (Pos. Nr. X3010) entspricht der früheren „Erstbefundung“ (Pos. Nr. X3010) und darf somit ab dem 01.01.2021 zum neuen Preis abgerechnet werden.  Die neue Position „Bedarfsdiagnostik“ (Pos. Nr. X3011) wurde erst mit der am 16.03.2021 in Kraft getretenen

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			Leistungsbeschreibung festgelegt und kann deshalb erst ab diesem Zeitpunkt erbracht und abgerechnet werden.
6.	Übergangszeitraum Notwendige Angaben auf der Verordnung (Anlagen 3a und 3b)	Für welche Verordnungen und deren Korrekturen gelten die neuen Anlagen 3a und 3b?	Die Anlagen 3a und 3b gelten für alle Verordnungen ab Ausstellungsdatum 16.03.2021, unabhängig davon gelten die Anforderungen der HeilM-RLen an Verordnungen in den jeweils geltenden Fassungen.
7.	Übergangszeitraum alte Berichte	Können bis zum 15.03.2021 geschriebene Berichte auch rückwirkend mit den neuen Preisen abgerechnet werden?	Ja, wenn die Verordnung bis zum 15.03.2021 noch nicht abgerechnet wurde und der Bericht in der Zeit vom 01.01.2021 bis zum 15.03.2021 geschrieben wurde. Dann kann der Bericht mit dem neuen Preise abgerechnet werden.
8.	Übergangszeitraum neuer Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1)	Muss der auf Verordnungsmuster 13 (Ausstellungsdatum bis 15.03.2021) mit Kreuz angeforderte Bericht, der nach dem 15.03.2021 gefertigt wurde, auf dem „Anhang A zu Anlage 1“ geschrieben und mit Pos. Nr. X3302 abgerechnet werden?	Ja. Am 16.03.2021 ist die neue Leistungsbeschreibung in Kraft getreten. Ab dem Zeitpunkt müssen alle Leistungen dem entsprechend erbracht werden. Der Verordnungsbericht darf nur abgerechnet werden, wenn er auf dem Anhang A zu Anlage 1 geschrieben wurde.
9.	Übergangszeitraum Bericht auf besondere Anforderung (Anhang C zu Anlage 1)	Kann der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1) vom Arzt auch für vor dem 16.03.2021 begonnene Behandlungen angefordert werden?	Ja. Entscheidend ist nicht der Beginn der Behandlung. Entscheidend ist die Anforderung der Ärztin. Und das ist mit Inkrafttreten der neuen Leistungsbeschreibung ab 16.03.2021 möglich.

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
10.	Übergangszeitraum Bedarfsdiagnostik	Darf die neue Leistung „Bedarfsdiagnostik“ (Pos. Nr. X3011) auch für Verordnungen, die vor dem 16.03.2021 ausgestellt wurden, durchgeführt werden?	Ja. Am 16.03.2021 ist die neue Leistungsbeschreibung in Kraft getreten. Ab diesem Zeitpunkt müssen alle Leistungen dem entsprechend erbracht werden, unabhängig davon, wann die Verordnung ausgestellt wurde. Im Rahmen laufender Behandlungen können somit ab dem 16.03.2021, soweit notwendig, Bedarfsdiagnostiken erfolgen und abgerechnet werden.
11.	Übergangszeitraum Nachberechnung der neuen Preise	Kann für Leistungen aus 2021, die bereits mit den alten Preisen abgerechnet wurden, nachträglich noch der Differenzbetrag zum neuen Preis abgerechnet werden?	Nein, wenn Die Abrechnung bis zum 15.03.2021 bei der Krankenkasse eingegangen ist. Die Leistungen unterliegen dann den Verträgen nach § 125 abs. 1 (alt) SGB V. Der Schiedsspruch hat festgesetzt, dass Nachberechnungen nicht zulässig sind.  Ja, wenn Die Abrechnung ab dem 16.03.2021 bei der Krankenkasse eingegangen ist und fälschlicherweise der alte Preis in Rechnung gestellt wurde.
12.	Übergangszeitraum Frist für Abrechnung der neuen Preise	Können Leistungen aus dem Zeitraum 01.01. – 15.03.2021, wenn noch keine Rechnung bei der Krankenkasse bis zum 15.03.2021 eingegangen ist, auch zu den neuen Preisen abgerechnet werden?	Ja.
13.	Übergangszeitraum Verjährung	Wann verjährt der Anspruch auf Vergütung der alten / neuen Preise für Leistungen aus dem Zeitraum 01.01. – 15.03.2021 ?	Für die Verjährung ist das Datum der letzten Leistung maßgeblich. Wurde die letzte Leistung im Zeitraum 01.01. bis zum 15.03.2021 abgegeben gelten die Verträge nach § 125 (alt) SGB V.

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
14.	Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1)	Darf der "Verordnungsbericht" (Anhang A zu Anlage 1, Pos. Nr. X3302) verändert und in eine eigene Form gebracht werden?	Nein. Der Anhang A zu Anlage 1 (Verordnungsbericht, Pos. Nr. X3302) ist Bestandteil des Vertrags. Der GKV-Spitzenverband stellt diesen als bearbeitbares PDF unter <a href="http://www.gkv-Heilmittel.de">www.gkv-Heilmittel.de</a> zur Verfügung. Dabei muss das Formular selbst unverändert bleiben. Möglich ist: Ausdruck auf dem Praxisbriefbogen oder Einfügung des Praxisbriefkopfs in der dafür vorgesehenen freien Fläche. Zu beachten ist, dass auch die unterste Zeile des Formulars erkennbar bleiben muss. Die vertraglich vereinbarte Leistung wird nur erfüllt und vergütet, wenn dieses Formular genutzt wird.
15.	Alter Therapiebericht	Darf der Arzt verlangen, dass mit dem Anhang A zu Anlage 1 (Pos. Nr. X3302) zusätzlich noch ein Bericht (wie er bis zum 15.03.2021 üblich war) geschrieben werden muss? Oder anders gefragt: Darf dem Anhang A zu Anlage 1 (Pos. Nr. X3302) freiwillig zusätzlich noch ein Bericht (wie er bis zum 15.03.2021 üblich war) beigelegt werden?	Nein. Das entspricht nicht der Leistungsbeschreibung und nicht dem Vertrag.
16.	Bericht auf besondere Anforderung (Anhang C zu Anlage 1)	Darf der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) verändert und in eine eigene Form gebracht werden?	Nein. Der Anhang C zu Anlage 1 (Bericht auf besondere Anforderung, Pos. Nr. X3303) ist Bestandteil des Vertrags. Der GKV-Spitzenverband stellt diesen als bearbeitbares Word-Dokument unter <a href="http://www.gkv-Heilmittel.de">www.gkv-Heilmittel.de</a> zur Verfügung. Da das Textfeld mitläuft, ist es möglich, dass der Bericht über eine unbegrenzte Seitenzahl erfolgen

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			<p>kann. Dabei muss das Formular selbst unverändert bleiben. Möglich ist:  Ausdruck auf dem Praxisbriefbogen  oder Ergänzung des Praxisbriefkopfs in der dafür vorgesehenen freien Fläche. Zu beachten ist, dass auch die unterste Zeile des Formulars erkennbar bleiben muss.  Die vertraglich vereinbarte Leistung wird nur erfüllt und vergütet, wenn dieses Formular genutzt wird.</p>
17.	Bericht auf besondere Anforderung (Anhang C zu Anlage 1)	Wie wird der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) abgerechnet?	Als abrechnungsbegründende Unterlage ist der Abrechnung das Dokument, das die Anforderung belegt (Anhang B zu Anlage 1), mit einzureichen. Der Bericht selbst unterliegt dem Datenschutz und darf deshalb nicht an die Abrechnungszentren der Krankenkassen übermittelt werden.
18.	Bericht auf besondere Anforderung (Anhang C zu Anlage 1)	Kann der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) in der Summe über die (auch wechselnden) Ärztinnen, Ärzte und dem MD einmal je Kalenderjahr angefordert werden oder je einmal pro Ärztin, jedem Arzt und dem MD?	Sofern die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt oder Institutionen wie Medizinischer Dienst oder Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) in Ausnahmefällen einen ausführlicheren Bericht benötigen, können sie diesen mit Anhang B zu Anlage 1 einmal je Kalenderjahr anfordern. Sofern zwischen der Anforderung des zweiten Arztes bis zu 12 Wochen vergangen sind und kein Akutereignis (z. B. Schlaganfall) dazwischenliegt, ist dem zweiten Arzt eine Kopie zu übermitteln.
19.	Bericht (Anhang C zu Anlage 1)	Darf von Arzt/Ärztin gleich zusammen mit der ersten Verordnung auf dem Anhang B zu Anlage 1 der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) angefordert werden?	Nein. Der Bericht (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) darf erst angefordert werden, wenn ihm/ihr mindestens

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			ein Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1) vorliegt. Das bedeutet: Dieser Bericht kann frühestens mit der zweiten Verordnung angefordert werden (vgl. Anhang B zu Anlage 1).
20.	Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1) und Bericht (Anhang C zu Anlage 1)	Was ist zu tun, wenn der Arzt mit dem Kreuz auf der Verordnung den Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1, Pos. Nr. X3302) anfordert und gleichzeitig zusätzlich noch mit dem Anhang B zu Anlage 1 den „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303)? Sind dann beide Berichte zu schreiben? Können beide Berichte (Pos. Nr. X3302 und X3303) zusammen abgerechnet werden?	Nein, wenn der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) und der Verordnungsbericht (Anhang A zu Anlage 1) <u>taggleich</u> vom selben Arzt angefordert werden, dann ist ausschließlich der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) vom Therapeuten anzufertigen und abzurechnen.
21.	sog. Hausbesuchstherapeut	Was ist zu beachten, wenn die Anzahl der sog. Hausbesuchstherapeuten die Anzahl der übrigen Therapeuten in der Praxis übersteigt? Muss der sog. Hausbesuchstherapeuten dann in der Praxis arbeiten? Oder muss er gar entlassen werden?	Die Anzahl (Vollzeitäquivalente) der sog. Hausbesuchstherapeuten (ausschließlich für Hausbesuch tätige Mitarbeitende) muss gleich oder geringer sein als die der Praxis-Therapeuten. Ausnahme: Die Zahl der HB-Mitarbeitenden kann z.B. aufgrund von Kündigungen ausnahmsweise kurzfristig die Zahl der Mitarbeitenden in der Praxis übersteigen.
22.	Abrechnung Der höchste Preis	Können für Leistungen, die im Zeitraum 01.01.2021 bis 15.03.2021 erbracht wurden und bis zum 16.03.2021 noch nicht abgerechnet waren, für jede Positions-Nr. aus den „alten“ Rahmenverträgen und dem „neuen“ Vertrag die günstigste Vergütungsregelung/der höhere Preis abgerechnet werden?	Nein. Für Leistungen dieses Zeitraums kann zwar gewählt werden, aber nur im Paket: Entweder die „alten“ Höchstpreise (Stand 31.12.2020) oder die neuen Preise (Stand rückwirkend zum 01.01.2021). Eine Vermischung, das heißt beispielsweise gleichzeitige Abrechnung des neuen Preises für „Hausbesuch“

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			(Pos. Nr. X9901) und der alten Wegegelder je km ist unzulässig!
23.	Abrechnung alter und neuer Preis	Wenn der Preis für einen Hausbesuch vor dem 15.03.2021 höher war als der von der Schiedsstelle festgesetzte Preis und dieser „alte“ Preis bis zum 15.03.2021 abgerechnet wurde ist, kann dann die Krankenkasse die Differenz zurückfordern?	Wenn im Zeitraum 01.01.2021 bis 15.03.2021 Verordnungen mit in 2021 erbrachten Leistungen abgerechnet wurden, dann gelten für diese Abrechnungen die Rahmenverträge gemäß § 125 Abs. 2 SGB V (alt). Nachberechnungen sind nicht möglich.
24.	Abrechnung Behandlungsunterbrechungen	Welche Folgen hat das Fehlen der Kürzel (F, K oder T) bei Behandlungsunterbrechungen von mehr als 14 Kalendertagen?	<p>Wird eine Behandlung nach § 16 Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) oder § 15 HeilM-RL ZÄ länger als 14 Tage ohne Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</p> <p>Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel (F, K oder T) zu dokumentieren.</p> <p>Fehlen die Kürzel auf der Verordnung, dann führt das innerhalb der Rahmenfrist der Verordnung nach § 7 Abs. 5 Vertrag (7 bzw. 9 Monate) nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.</p> <p>Innerhalb der vereinbarten Rahmenfrist von 7 bzw. 9 Monaten, gelten Unterbrechungen, die der Leistungserbringer versäumt hat, mit dem Kürzel (F, K oder T) zu dokumentieren, als begründet und es kommt zu keiner Korrekturanforderung oder Absetzung.</p>
25.	Abrechnung Taxierung	Dürfen die Angaben zur Taxierung, also Heilmittel-Positionsnummer, Faktor usw. auf die Verordnung geschrieben werden?	Nein,

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			die neue Verordnung ist ein Dokument, auf das ausschließlich die Angaben nach Heilmittel-Richtlinien und Vertrag nach § 125 SGB V aufgetragen werden dürfen.
26.	Erstdiagnostik Neue Leistungserbringerpraxis	Ist die Erstdiagnostik durchzuführen und abzurechnen, wenn die Versicherte/ der Versicherte die Leistungserbringerpraxis wechselt?	Ja.
27.	Erstdiagnostik Neue/Neuer Leistungserbringer/in	Ist die Erstdiagnostik durchzuführen und abzurechnen, wenn die Versicherte/ der Versicherte die Leistungserbringerin in derselben Praxis wechselt?	Nein. Die Unterlagen sind dann innerhalb der Praxis der neuen Leistungserbringerin zur Verfügung zu stellen.
28.	Ausstellungsdatum Änderung	Darf der Arzt das Ausstellungsdatum ändern/korrigieren, wenn er dies mit Unterschrift und Änderungsdatum versieht?	Ja. Das Ausstellungsdatum gehört gemäß Anlage 2 des BMV-Ä zum Personalienfeld. Deshalb ist eine Änderung gemäß Anlage 3 HM-RI sowie Anlage 3 (Nr.4a) des Vertrages entsprechend der hier getroffenen Regelungen möglich. Allerdings ist es den Ärzten – zumindest in der Software – in der Regel nicht möglich, das Ausstellungsdatum zu ändern. In dem Fall müsste das dann handschriftlich mit Datum und Arztunterschrift vorgenommen werden.
29.	Verordnung Institutionskennzeichen	Muss für die Abrechnung auf der Verordnung das Institutionskennzeichen auf der Vorder- und auf der Rückseite eingetragen werden?	Das ist abhängig vom Formularbedruckungsverfahren:  Nein, wenn das Verordnungsmuster auf einem Blatt (Vorder- und Rückseite) ausgedruckt ist.  Ja, wenn



Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			Vorder- und Rückseite auf 2 Blättern ausgedruckt sind. Nur damit sind dann beide Blätter dem Institutionskennzeichen gesichert zuzuordnen.
30.	Verordnung Heilmittel unvollständig	Muss das Heilmittel geändert werden, z. B: wenn bei Diagnosegruppe SPI, Leitsymptomatik b) das Heilmittel „Sprachtherapie 30“ verordnet wurde?	Ja, denn das Heilmittel lautet gemäß Heilmittel-Katalog: „Sprech- und Sprachtherapie –30“  Die Korrektur muss durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
31.	Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €	Wenn der Leistungserbringer die Möglichkeit der Korrektur nach Einreichung einer Rechnung wahrnimmt, dann muss er an die Krankenkasse eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 € zahlen.  Wenn es umgekehrt ist, wenn also die Krankenkasse zu Unrecht eine Rechnung korrigiert oder absetzt, kann dann der Leistungserbringer auch 40 € in Rechnung stellen? Und muss dann die Krankenkasse zahlen?	Ja, wenn die Kasse durch die Klärung der Absetzung in Verzug gerät gilt § 288 Absatz 5 BGB.
32.	Online-Fortbildung	Wenn Online-Fortbildungen mit 45 Minuten – oder einem ungeraden Vielfachen davon – durchgeführt werden, wie werden diese bepunktet?  Wie gestaltet sich die Vergabe bei ungerader Anzahl der Einheiten, wie z.B. 3 bzw. 5 Unterrichtseinheiten?	Nur für vollständig abgegebene 45 Minuten (= 1 Unterrichtsstunde) können 0,5 Fortbildungspunkte (FP) anerkannt werden. z. B. 45 Minuten = 1 Unterrichtsstunde = 0,5 FP 80 Minuten = 0,5 FP 135 Minuten = 3 Unterrichtsstunden = 1,5 FP 160 Minuten = 1,5 FP 225 Minuten = 5 Unterrichtsstunden = 2,5 FP

Nr.	Stichwort	Frage	Antwort
			240 Minuten = 2,5 FP
33.	Verordnung Formulargröße	Darf eine Verordnung auch in der Größe DIN A4 angenommen werden?	Nein. Die Verordnung muss in der im BMV-Ä vereinbarten Größe für das Verordnungsmuster 13 vorliegen.
34.	BVB/L Verordnung	Eine BVB/L Verordnung muss bei Ausstellung von der Verordnungsmenge und der Frequenz so bemessen sein, dass die VO innerhalb von 12 Wochen zu Ende therapiert sein kann. Eine nicht korrekte Bemessung des 12-Wochen-Bedarfs können Krankenkassen beanstanden (z.B. bei Verordnungen mit Behandlungsmenge 20x und einer Frequenz von 1 x wöchentlich). Laut Anlage 3a kann die Frequenz nach Absetzung korrigiert werden. Ist dies auch bei einer falschen Bemessung des 12-Wochen-Bedarfs zulässig sein?	Ja, sowohl die Verordnungsmenge als auch die Frequenz können nach Anlage 3a bzw. 3b nachträglich geändert werden.
35.	Hausbesuch / Dokumentation	Sind geleistete Hausbesuche zu dokumentieren?	Nein, die Dokumentation eines Hausbesuchs ist aktuell nicht vertraglich vereinbart.