

Fragen–Antworten–Katalog Ergotherapie

Stand: 14.09.2022

Um neue Vertragsteile, Zweifel- und Auslegungsfragen in den Fokus zu rücken, wurden im aktuellen FAK (Stand: 14.09.2022) gegenüber der vorherigen Version einige Fragen und Antworten herausgenommen, welche sich eindeutig aus dem Vertragstext ergeben und deren Antworten auch identisch mit dem Vertragstext waren. Der FAK wird fortlaufend aktualisiert.

* Die Fragen 28, 30 und 31 bleiben im FAK befristet bis 31.12.2022. Die Frage 34 bleibt im FAK befristet bis 31.03.2023.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
1	Wichtige Änderungen	Vertrag § 21	Wann ist der neue Vertrag inkl. Anlagen in Kraft getreten?	Der Vertrag ist zum 01.01.2022 in Kraft getreten.
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. Zum 01.10.2022 tritt die zweite Stufe der Preisliste in Kraft (Wegfall des sog. Zahlbetrags).
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	Telemedizinische Leistungen	Vertrag § 7a Anlage 7	Zu wann treten die Regelungen zu telemedizinischen Leistungen in Kraft?	Die Regelungen treten zum 01.10.2022 in Kraft. Telemedizinische Leistungen können unabhängig vom Verordnungsdatum für Behandlungen ab 01.10.2022 durchgeführt und abgerechnet werden. Die Abrechnung sollte frühestens ab 01.11.2022 erfolgen.
5	Nutzung von Videodiensteanbietern	Anlage 7	Können die Leistungserbringenden Videodiensteanbieter mit	Dienste von Videodiensteanbietern, die in der Vergangenheit bereits zur Durchführung von Videotherapien für Heilmittel genutzt

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
	bei Erbringung von telemedizinischen Leistungen		datenschutzkonformen Anwendungen, welche bereits vor dem 01.10.2022 genutzt wurden, auch weiterhin nutzen? Was gilt es bei der Nutzung von Videodiensteanbietern zu beachten?	wurden und für die bis zum 31.10.2022 bei den zuständigen Stellen eine Zertifizierung für Datenschutz und Informationstechniksicherheit auf Grundlage der Technischen Anlage des Vertrages nach § 125 Abs. 2a SGB V für Ergotherapie beauftragt wurde, können von zugelassenen Heilmittelerbringenden der Ergotherapie auch über den 01.10.2022 hinaus bis zu einer endgültigen Entscheidung der Zertifizierungsstelle bis längstens zum 31.12.2022 weiterhin genutzt werden. Entsprechende Videodiensteanbieter sollen ihre Nutzer über einen gestellten Zertifizierungsantrag in geeigneter Form, insbesondere per E-Mail und einem Hinweis auf ihrer Homepage informieren. Die Liste der zertifizierten Videoanbieter für Heilmittelerbringende wird vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/Liste_Videodiensteanbieter.pdf Videodiensteanbieter, welche diese Anforderungen nicht erfüllen, dürfen nicht mehr genutzt werden.
6	Telefonische Beratung	Vertrag § 7a Absatz 13 Anlage 1 Teil 1 Ziffer 5	Was bedeutet „in Summe für die telefonische Beratung bis zu zwei Behandlungseinheiten“?	Bei einer Verordnung mit z.B. 10 Behandlungseinheiten können davon in Summe bis zu zwei Behandlungseinheiten als telefonische Beratung erbracht werden. Die telefonische Beratung kann sich dabei auf mehr als zwei Telefonate verteilen, insofern dabei die Gesamtdauer der zwei Behandlungseinheiten nicht überschritten wird. Beispiel:

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				Das bedeutet bei der telemedizinischen Leistung „Hirnleistungstraining“, dass ein Telefonat z.B. 10 Minuten und zwei andere Telefonate jeweils weitere 10 Minuten als Beratungsleistung erfolgen. Diese Behandlungseinheit (telefonische Beratung) wird auf der Rückseite der Verordnung als eine Behandlungseinheit HLT TM mit dem Datum der letzten telefonischen Beratung eingetragen.
7	Abrechnung	Vertrag § 18	Welche Frist ist zur Einreichung der Abrechnung zu beachten?	Eine Verordnung muss innerhalb von 9 Monaten (gerechnet vom Ende des Monats, in dem die letzte Einheit auf der jeweiligen Verordnung erbracht wurde) vollständig in die Abrechnung gegeben werden, danach verfällt der Anspruch.
8	Abrechnung, nachträgliche Korrekturen	Vertrag § 18, Anlage 3	Welche Frist gilt bei den nachträglichen Korrekturen?	In Bezug auf die nachträgliche Korrektur (Anlage 3) gelten 3 Monate. Ansonsten sind im Vertrag einheitliche Fristen für Krankenkassen und Leistungserbringende geregelt (9 Monate).
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 der Heilmittelrichtlinie sowie der Anlage 3 des Vertrages zu entnehmen.
10		Digitales Korrekturverfahren	Wie muss die Korrektur eingereicht werden?	Informationen zum digitalen Korrekturverfahren finden sich in den jeweiligen Gemeinsamen Umsetzungsempfehlungen zum Korrekturverfahren im Heilmittelbereich: https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp
11		Anlage 3 HeilM-RL und Anlage 3 Vertrag	Dürfen die Verordnenden das Ausstellungsdatum einer Verordnung ändern/korrigieren?	Ja, wenn auf der Verordnung sowohl das geänderte Ausstellungsdatum als auch das Datum der vorgenommenen Änderung mit Unterschrift bestätigt wird.
12		HeilM-RL, Anlage 3 Vertrag lit.k)	Muss beim Vorliegen eines BVB- oder LHM-Falles der ICD-10 Code	Nein, diese ICD-10 Codes müssen nicht korrigiert werden.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
			korrigiert werden, wenn dieser an der letzten Stelle gemäß der BVB/LHM–Liste einen Strich als Platzhalter hat?	
13		Vertrag § 18 Absatz 3	Wo werden die einzelnen Taxierungen vorgenommen?	Die Rechnungsdaten für die einzelnen Positionen werden im digitalen Datensatz an die Krankenkasse übermittelt.
14	Angaben zur Praxis	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.
15	Behandlungsabbruch	Vertrag § 7 Absatz 2 und 3	Mit welcher Begründung kann eine Behandlung abgebrochen werden?	<p>Eine Behandlung kann aus wichtigem Grund abgebrochen werden, z. B. wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Therapieziel bereits erreicht ist - die oder der Versicherte die Behandlung abbricht / - die oder der Zugelassene die Behandlung zum Beispiel wegen nachhaltig gestörtem therapeutischem Verhältnis abbricht - die oder der Versicherte nicht therapiefähig ist - die Unterbrechungsfristen überschritten wurden (§ 7 Absatz 3a) <p>Der Behandlungsabbruch bezieht sich im Rahmen der Anlage 3 auf eine Verordnung und die verordneten Einheiten, nicht auf einen Verordnungsfall. Der Behandlungsabbruch ist immer dann mit Datum anzugeben, wenn eine Verordnung vor Erreichen der verordneten Behandlungseinheiten zur Abrechnung eingereicht wird.</p>
16		Anlage 3 Vertrag lit. q)	Wie muss der Behandlungsabbruch dokumentiert werden?	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches im dafür vorgesehenen Feld auf der VO–Rückseite anzugeben. Nur dann kann die Krankenkasse erkennen, dass es sich nicht um eine (unzulässige) Teilabrechnung handelt.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
17	Behandlungsbeginn	Vertrag § 6 Absatz 3 bis 5	Wann muss eine Verordnung spätestens begonnen werden? Wie errechnet sich die Frist zum Behandlungsbeginn?	<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 Ausstellungsdatum mit der Behandlung begonnen werden.</p> <p>Weitere Ausnahmen sind in Fragen 17 und 18 geregelt.</p>
18		Vertrag § 6 Absatz 4 und 6 Anlage 3 Vertrag lit. e)	Kann eine Verordnung mit dringlichem Behandlungsbedarf später begonnen werden?	<p>Nein. (vgl. Frage 16)</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</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				sichert. Die einvernehmliche Änderung ist von der oder dem Leistungserbringenden auf dem Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.
19		Vertrag § 7 Absatz 5 Vertrag § 3 Absatz 7	Kann eine Verordnung auch später als 28 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden?	Wenn bei laufenden Behandlungen desselben Verordnungsfalles (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. Mit dem Ziel eine reibungslosere Abrechnung zu ermöglichen, empfehlen die Vertragspartner vorläufig die folgende freiwillige Angabe: Die oder der Leistungserbringende sollte die weitere Verordnung auf der Rückseite bspw. mit „folgende VO“ oder „weitere VO“ kennzeichnen. (Eine abschließende vertragliche Regelung ist beabsichtigt).
20	Doppelbehandlung	HeilM-RL § 12 Abs. 8	Worauf bezieht sich die Frequenz im Fall von Doppelbehandlungen?	Im Fall von Doppelbehandlungen bezieht sich die Frequenz auf die Anzahl der Termine pro Woche.
21	Fachliche Leitung	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>
22		Vertrag § 3 Absatz 2 und 3, § 11 Absatz 8	Wie viele Wochenstunden muss die Vertretung einer fachlichen Leitung bzw. der oder des zugelassenen Leistungserbringenden angestellt sein?	Es gibt keine vertragliche Regelung zu den Wochenstunden der Vertretung.
23		Vertrag § 3 Absatz 2	Muss eine Personengesellschaft mit ein oder mehreren Ergotherapierenden zusätzlich eine fachliche Leitung anstellen?	Nein.
24	Meldung der Mitarbeitenden	Vertrag § 3 Absatz 4	Müssen die Mitarbeitenden bei der ARGE Heilmittelzulassung gemeldet werden?	Ja, unbedingt – alle therapeutischen Angestellten müssen der ARGE mitgeteilt werden, dies gilt auch für Änderungen. Die Meldung umfasst Angaben zu 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.
25	Praxisinhabende/r	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.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
26	Schiene	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.
27	Thermotherapie	Anlage 1 Vertrag (Leistungsbeschreibung) 5. Thermotheapie	In der HeilM-RL werden thermische Anwendung und Thermotheapie synonym genutzt, was wird verordnet?	Die Verordnenden können folgende Begriffe verwenden: Thermische Anwendung, Thermotheapie, Kältetheapie, Wärmetheapie.
28 *	12-Wochen-Regel	Vertrag § 7 Absatz 3a	Muss eine VO gemäß § 7 Absatz 6 der HeilM-RL nach 12 Wochen abgeschlossen sein?	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 (Unterbrechungsregelung) ihre Gültigkeit.
29		Vertrag Absatz 3a	Gelten Krankenhaus- und Rehaufenthalte sowie stationäre Kuraufenthalte ebenfalls als anerkannte Unterbrechungsgründe mit Kürzel K?	Ja. Falls durch die Unterbrechung die Erreichung des Therapiezieles gefährdet ist, kann die Verordnung durch die Leistungserbringenden im Einzelfall auch abgebrochen werden (vgl. Frage 14).
30 *		Vertrag § 7 Absatz 3a	Welche Tage werden auf die zulässigen 70 Tage begründete Unterbrechung angerechnet?	Für die Berechnung der in Summe zulässigen 70 Tage werden nur Unterbrechungen berücksichtigt, die jeweils länger als 14 Kalendertage währen. 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

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<p>→ 70 minus 9 Tage = 61 verbleibende Tage, an denen eine begründete Unterbrechung möglich wäre</p>
31 *		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> <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>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
32	Verordnungsmenge	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 (anhand der Frequenz) für 12 Wochen korrekt berechnet wurde.</p>
33	Verordnungsrückseite	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.
34 *		Vertrag § 5 Absatz 1 Anlage 3 Vertrag lit. o)	Wie können die Leistungen auf der Rückseite eingetragen werden?	<p>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 Ordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.</p> <p>Als verständlicher Eintrag im Wortlaut in der ersten Zeile sind z. B. folgende Einträge zulässig:</p>

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
				<ul style="list-style-type: none"> • mot.-funkt. Beh. (= Motorisch-funktionelle Behandlung) • 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>Ab der zweiten Zeile sind folgende Kürzel zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFB (= Motorisch-funktionelle Behandlung) • SPB (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung) • NOB (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung) • HLT(= Hirnleistungstraining) • PFB (= Psychisch-funktionelle Behandlung) • TA (= thermische Anwendung) <p>Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und der Bericht werden nicht auf der VO-Rückseite notiert und auch nicht bestätigt. TM (= Telemedizinische Leistungen), unter Berücksichtigung von § 7a Absatz 12</p>
35			Die Patientin oder 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 der oder 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.

Nr.	Thema	Inhalt	Frage	Antwort
36		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.
37	Zuzahlung	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.
38		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 Patientin oder jeden Patienten 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 Zuzahlungsbetrages an die Krankenkasse ist im Rahmen des Korrekturverfahrens mit dem Verarbeitungskennzeichen 03 = Zuzahlungsnachforderung möglich, sofern die Patientin oder der Patient nicht zahlt.</p>