

Fragen-Antworten-Katalog Physiotherapie / Gesetzliche Unfallversicherung

Stand: 01.02.2024

Der Fragen-Antworten-Katalog wird fortlaufend aktualisiert.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
1	§ 2 Abs. 2 (Zulassung GKV)	Kann eine Praxis, die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 erfüllt, aber in der GKV nicht zugelassen ist, UV-Patienten behandeln?	Ja.
1a	§ 2 Abs. 3	Wird die Ausbildungszeit auf die berufspraktische Erfahrungszeit von zwei Jahren angerechnet? Darf die Behandlung von 20 Unfallverletzten im Rahmen der Ausbildung stattfinden?	Nein.
2	§ 7 (Änderungen)	Kann der D-Arzt oder die D-Ärztin Änderungen/Korrekturen der Verordnungen auch per Fax oder E-Mail vornehmen?	Soweit es sich um ein datenschutzkonformes elektronisches Austauschverfahren (z.B. verschlüsselte E-Mail/Mitteilung an den UV-Träger via <u>UV-Service-Portal</u>) handelt, ist dies möglich. Die rechtliche Verantwortlichkeit liegt beim D-Arzt und Leistungserbringer.
2a	§ 7 Abs. 2 (Vorgaben auf der Verordnung)	Was ist, wenn der Leistungserbringende die vom D-Arzt oder der D-Ärztin auf der Verordnung gemachten Vorgaben (Behandlungsfrequenz, die Anzahl der Behandlungseinheiten pro Tag und die Zeitintervalle pro Behandlungseinheit) unterschreitet?	Grundsätzlich hat der Leistungserbringende die Vorgaben des D-Arzt/der D-Ärztin auf der Verordnung einzuhalten. Ist dies - aus welchen Gründen auch immer - nicht möglich, ist die Erbringung der „ausstehenden“ Leistungen im Rahmen der Gültigkeit der Verordnung (2 Monate) und nach den Bestimmungen der Unterbrechungsregelungen (max. 14 behandlungsfreie

				Kalendertage) möglich. Der Vergütungsanspruch für erbrachte Leistungen ist von etwaigen Unterschreitungen (der Behandlungsfrequenz, der Anzahl der Behandlungseinheiten pro Tag oder der Zeitintervalle pro Behandlungseinheit) nicht betroffen und besteht.
2b (neu)		§ 7 Abs. 2 (Vorgaben auf der Verordnung)	Welche Besonderheiten sind zu beachten, wenn auf der Verordnung die „DVUA“ oder „Verbindungsstelle“ als Kostenträger genannt ist?	Die Kostenübernahme durch die Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung – Ausland (DVUA) ist immer vom Vorliegen gültiger Anspruchsnachweise abhängig, weil der zuständige ausländische Träger über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit entscheidet. Wenn die betroffenen Personen nicht im Besitz einer solchen Anspruchsbescheinigung sind, wird diese von der DVUA beim zuständigen ausländischen Träger angefordert. Die wichtigsten Informationen zur medizinischen Versorgung von im Ausland versicherten Personen sind hier zusammengestellt.
3		§ 7 Abs. 3 (Therapiebeginn)	Der D-Arzt oder die D-Ärztin kann den Beginn für die Behandlung auch für die Zukunft datieren. Beispiel: Verordnung vom 01.04.2023, Der auf der Verordnung angegebene „Physiotherapiebeginn“ (Feld 8) ist am 15.04.2023 Wann ist mit der Behandlung zu beginnen?	Die Therapiepraxis soll wenn möglich den angegebenen „Physiotherapiebeginn“ realisieren, hat aber grundsätzlich bis zu 14 Tage nach diesem Termin Zeit, mit der Behandlung zu beginnen, also bis zum 29.04.2023 Sofern der D-Arzt oder die D-Ärztin in Feld 8 der Verordnung zusätzlich dringenden Behandlungsbedarf kenntlich gemacht hat, ist innerhalb von spätestens 7 Tagen nach dem genannten Datum mit der Behandlung zu beginnen, also bis zum 22.04.2023.

3a		§ 7 Abs. 3 (Therapiebeginn)	Kann die Behandlung bereits am Tag der Ausstellung der Verordnung oder erst am Tag des Datums im Feld „Physiotherapiebeginn“ begonnen werden?	Hat der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin ein Datum zum Physiotherapiebeginn angegeben, ist davon auszugehen, dass diese Angabe aus medizinischen Gründen bewusst getroffen wurde und die Behandlung ist erst dann zu beginnen. Hat der behandelnde Therapeut oder die behandelnde Therapeutin Zweifel, kann Rücksprache mit dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin gehalten werden und die einvernehmliche Änderung ist dann vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Für einen Übergangszeitraum bis 31.12.2023 (maßgeblich ist das Ausstellungsdatum) wird bei Unkenntnis der neuen Regelungen ein früherer Behandlungsbeginn durch die Unfallversicherungsträger ausnahmsweise nicht beanstandet. Mit Ausstellungsdatum ab dem 01.01.2024 entfällt der Vergütungsanspruch für die Behandlungseinheiten, die vor dem Datum im Feld „Physiotherapiebeginn“ abgegeben worden sind (es sei denn, mit dem Arzt oder der Ärztin wurde Rücksprache gehalten, siehe oben).
4		§ 7 Abs. 3 (Fehler im Feld „Physiotherapiebeginn“)	Wie ist zu verfahren, wenn der D-Arzt oder D-Ärztin im Feld „Physiotherapiebeginn“ versehentlich z. B. das Datum des Therapiebeginns einer zuvor ausgestellten Verordnung einträgt?	In Fällen, in denen das Datum im Feld „Physiotherapiebeginn“ offensichtlich fehlerhaft ist, gilt das Datum der Ausstellung der Verordnung als Physiotherapiebeginn. Die Behandlung muss

				<p>dann spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen, bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb von 7 Kalendertagen, nach dem Ausstellungsdatum beginnen.</p> <p>Beispiel: Ausstellungsdatum: 05.04.2023 Physiotherapiebeginn: 08.02.2023</p> <p>Zeitraum, in dem die Behandlung beginnen muss: 05.04. – 19.04.2023 bzw. 05.04. – 12.04.2023 (dringender Behandlungsbedarf)</p>
5		§ 7 Abs. 3 (späterer Behandlungsbeginn)	Wie ist zu verfahren, wenn zwischen verordnendem Arzt oder Ärztin und Leistungserbringenden ein späterer Behandlungsbeginn vereinbart wird?	Die einvernehmliche Änderung ist vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Ordnungsblattes im Freitext-Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen.
6		§ 7 Abs. 4 (Unterbrechung)	Wie berechnet sich die 14-Tagesfrist (bzw. 4 Wochen-Frist bei Langzeitverordnungen) bei einer Unterbrechung?	<p>Beispiel (14-Tagesfrist): Letzter Behandlungstag = 02.05.2023, maximal 14 behandlungsfreie Kalendertage, Spätester nächster Behandlungstag = 17.05.2023</p> <p>Anmerkung: Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Sonntag, einen staatlich anerkannten Feiertag oder einen Samstag, so tritt an dessen Stelle der nächste Werktag (vgl. § 193 BGB).</p>
6a		§ 7 Abs. 4 (Unterbrechung)	Was passiert bei einer Überschreitung der 14-Tagesfrist (bzw. 4-Wochenfrist bei Langzeitverordnungen)?	Sobald ein Patient innerhalb einer Verordnung mehr als 14 Kalendertage (4 Wochen bei Langzeitverordnungen)

				nicht behandelt wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und der Patient muss eine neue Verordnung vorlegen bzw. muss der verordnende Arzt oder Ärztin der Fortführung der noch offenen Behandlungen zustimmen. Die einvernehmliche Änderung ist vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Ordnungsblattes im Freitextfeld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen.
7		§ 7 Abs. 4 (Gültigkeit der Verordnung)	Wie lange ist eine Verordnung gültig, die am 05.04.2023 ausgestellt wurde und nach der am 12.04.2023 (Feld 8 „Physiotherapiebeginn“) die Therapie beginnen soll?	Die Verordnung ist 2 Monate ab dem Datum im Feld 8 „Physiotherapiebeginn“ und damit bis einschließlich 12.06.2023 gültig. Sollte das Feld „Physiotherapiebeginn“ nicht ausgefüllt sein, werden die 2 Monate alternativ ab dem Ausstellungsdatum gezählt. Für einen Übergangszeitraum bis 31.12.2023 (maßgeblich ist das Ausstellungsdatum) wird bei Unkenntnis der neuen Regelungen eine Überschreitung der Gültigkeitsdauer durch die Unfallversicherungsträger ausnahmsweise nicht beanstandet.
7a		§ 7 Abs. Abs. 3 und 4	Wie verhält es sich mit der maximalen Behandlungszeit von 4 Wochen im Hinblick auf die Gültigkeit der Verordnung von 2 Monaten (nicht Langzeitverordnung)?	Grundsätzlich wird der D-Ärztin / dem D-Arzt empfohlen, die Anzahl der Behandlungen in Abhängigkeit von der Frequenz (Behandlungstage pro Woche) so zu bemessen, dass die Verordnung innerhalb eines Zeitraums von 4 Wochen durchgeführt werden kann. (Siehe auch Antworten unter 2 a, 7 und 24.)

				<p>Unabhängig davon behält die Verordnung ihre Gültigkeit für 2 Monate ab Physiotherapiebeginn (ist dieser nicht in Feld 8 der Verordnung angegeben tritt an diese Stelle das Ausstellungsdatum der Verordnung).</p> <p>Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen sind zu vergüten. Ausnahmen hiervon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Zeitraum beinhaltet einen behandlungsfreien Zeitraum von mehr als 14 Tagen. In diesem Fall sind die Behandlungen nur bis inkl. der letzten Behandlungseinheit vor diesem behandlungsfreien Zeitraum > 14 Tage zu vergüten. - Die Anzahl der verordneten Behandlungen insgesamt oder die wöchentliche Behandlungsfrequenz wird ohne Abstimmung überschritten. In diesen Fall sind nur die Behandlungseinheiten zu vergüten, die sich bei ordnungsgemäßer Durchführung der Verordnung ergeben hätten.
8		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung	Woran kann der Leistungserbringende erkennen, dass es sich bei der Verordnung um eine Langzeitverordnung im Sinne des § 7 Abs. 5 handelt?	Der Arzt oder Ärztin kann auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks das Feld „Langzeitverordnung“ ankreuzen.
8a		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung	Wie kann eine Kostenzusage auf Langzeitverordnung eingeholt werden?	Der Patient oder die Patientin bzw. der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin kann die Kostenzusage mit einem formlosen Schreiben und einer

				Kopie der Verordnung beim zuständigen UV-Träger einholen.
9		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, spätester Behandlungsbeginn	Wann muss bei einer Langzeitverordnung spätestens mit der Behandlung begonnen werden?	Die Behandlung muss gemäß § 7 Abs. 3 spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen, bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb von 7 Kalendertagen, beginnen.
10		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, Genehmigung	Kann die Behandlung einer Langzeitverordnung beginnen, bevor die Genehmigung des zuständigen Unfallversicherungsträgers vorliegt?	Nein. Erfolgt die Kostenzusage nach mehr als 14 Kalendertagen, bei dringendem Behandlungsbedarf mehr als 7 Kalendertage, nach dem Datum im Feld 8 „Physiotherapiebeginn“ verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und es bedarf einer neuen oder geänderten Verordnung.
10a		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, Genehmigung	Kann eine nicht fristgemäß genehmigte Langzeitverordnung durch eine Änderung des Datums des Physiotherapiebeginns geheilt werden?	Ja. Wird die Langzeitverordnung nicht fristgerecht vom Unfallversicherungsträger genehmigt (siehe Frage 10), kann in Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin ein späterer Physiotherapiebeginn vereinbart werden, ohne dass es einer neuen Verordnung oder erneuten Genehmigung bedarf. Die einvernehmliche Änderung ist vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen.
10b		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, Genehmigungszeitraum	Für welchen Zeitraum wird eine Langzeitverordnung genehmigt?	Eine Langzeitverordnung wird für einen Zeitraum von 6 Monaten nach der ersten Behandlung genehmigt. Beispiel: Erster Behandlungstag: 12.09.2023 6-Monatsfrist: 13.09.2023 – 12.03.2024

				Letzter möglicher Behandlungstermin: 12.03.2024
10c		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, Anzahl der Behandlungseinheiten	Bedarf es bei einer Langzeitverordnung der Angabe der Behandlungsmengen auf der Verordnung?	Nein. Sollte bei einer Langzeitverordnung eine Behandlungsmenge vom Arzt oder Ärztin angegeben werden, kann diese vom Leistungserbringenden ignoriert werden. Die Behandlungsmenge leitet sich bei Langzeitverordnungen allein aus der auf der Verordnung angegebenen Frequenz und der Dauer der Behandlung (6 Monate) ab.
11		§ 7 Abs. 5 Langzeitverordnung, Gültigkeit	Die Langzeitverordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald an mehr als vier Kalenderwochen keine Therapie stattgefunden hat. Ist damit 4 Wochen therapiefreie Zeit „am Stück“ oder „in Summe“ gemeint? Bei stationärer Rehabilitation des Patienten oder der Patientin, die länger als 21 Tage dauert, sind auch längere Unterbrechungen (> 4 Wochen) möglich. Hier muss die Verordnung innerhalb von sieben Tagen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme fortgesetzt werden.	Es sind mehrfache Unterbrechungen von jeweils bis zu 4 Wochen möglich. Die Verordnung verliert nur dann ihre Gültigkeit, wenn der Patient oder die Patientin länger als 4 Wochen „am Stück“ nicht therapiert wurde. Beispiel: Letzter Behandlungstag = 02.05.2023, maximal 28 behandlungsfreie Kalendertage Spätester nächster Behandlungstag = 31.05. 2023. Wird der Patient oder die Patientin nicht bis 31.05.2023 behandelt, verliert die Langzeitverordnung ihre Gültigkeit. Beispiel: Stationäre Rehabilitation im Zeitraum vom = 04.04.2023 – 02.05.2023 Spätester nächster Behandlungstag = 09.05.2023. Wird der Patient oder die Patientin nicht bis 09.05.2023 behandelt, verliert die Langzeitverordnung ihre Gültigkeit.

11 a		§ 7 Abs. 5 (Langzeitverordnung; Unterbrechung)	Bei stationärer Rehabilitation des Patienten oder der Patientin, die länger als 21 Tage dauert, sind Unterbrechungen von mehr als 4 Wochen, siehe Frage/Antwort 11, möglich. Gilt dies auch im Falle einer ambulanten Rehabilitation?	Ja.
12		§ 7 Abs. 5 (erneute Langzeitverordnung)	Können nach Ablauf der Gültigkeitsfrist von 6 Monaten weitere Langzeitverordnungen ausgestellt werden und müssen diese dann erneut genehmigt werden?	Ja, der Arzt oder die Ärztin kann weitere Langzeitverordnungen für den Patienten oder Patientinnen ausstellen. Jede weitere Langzeitverordnung muss dann ebenfalls vom zuständigen UV-Träger genehmigt werden.
13		§ 7 Abs. 6 (Änderung Anzahl Zeitintervalle)	Muss bei einer Änderung/Ergänzung der Anzahl der Behandlungsintervalle durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite der Verordnung ein Grund angegeben werden?	Nein. Der Grund für die geänderte Anzahl muss nicht angegeben werden, jedoch müssen die Änderungen entweder arztseitig mit erneuter ärztlicher Unterschrift und Datumsangabe oder im Einvernehmen mit dem Arzt oder der Ärztin erfolgen. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist durch den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld "6" und oder "8" mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen.
14		§ 7 Abs. 7 (Komplexe Verletzungsmuster)	Bei komplexen Verletzungsmustern können die erste und zweite Behandlungseinheit vom Therapeuten oder von der Therapeutin <u>selbständig</u> zeitlich zusammengelegt werden. Kann der Therapeut oder die Therapeutin dies auch bei weiteren Behandlungseinheiten selbständig so handhaben?	Nein. Dies gilt nur für die erste Verordnung und die ersten beiden Behandlungseinheiten.
15		§ 9 („Unterschrift Therapeut/in“)	Wer kann auf der Rückseite der Verordnung unter „Unterschrift Therapeut/in“ unterschreiben.	Die Verordnung kann vom Praxisinhabenden, vom fachlich Leitenden, vom behandelnden Therapeuten oder der

				behandelnden Therapeutin oder einer vom Praxisinhabenden beauftragten angestellten Person unterschrieben werden.
16		§ 9 (Nachberechnungen)	Sind Nachberechnungen möglich, wenn aus Versehen ein falscher Preis abgerechnet wurde?	Ja, Nachberechnungen sind grundsätzlich möglich, müssen aber für den Unfallversicherungsträger nachvollziehbar korrigiert und dokumentiert werden.
17		§ 9 Abs. 1 (Anzahl Zwischenabrechnungen)	Wie viele Zwischenabrechnungen sind bei Langzeitverordnungen möglich?	Bei einer Langzeitverordnung sind Zwischenabrechnungen je nach Bedarf möglich.
18		§ 9 Abs. 1 (Rechnungsbegründende Unterlagen)	Welche Unterlagen benötigt der leistungspflichtige UV-Träger bei einer Zwischenabrechnung.	Es werden eine Rechnung und eine Kopie der Verordnung benötigt. Die Abrechnung muss als Zwischenabrechnung erkennbar sein und die Inanspruchnahme, der im Rahmen der Zwischenabrechnung abgerechneten Leistungen, muss vom Patienten oder von der Patientin bestätigt worden sein (in Kopie).
19		§ 9 Abs. 2 (Bestätigung der Entgegennahme der Leistung)	Der Verordnungsvordruck enthält lediglich 10 Felder für die Bestätigung der Entgegennahme der Leistung: Wie ist vorzugehen, wenn mehr Behandlungen quittiert werden müssen (z. B. bei Langzeitverordnungen)?	Die Inanspruchnahme zusätzlicher Behandlungen kann entweder auf einer Kopie der Rückseite des Verordnungsvordrucks oder formlos vom Patienten oder von der Patientin quittiert werden.
19a (neu)		§ 10 Abs. 1 (Bezahlung)	Gilt der Vergütungsanspruch und damit die Zahlungsfrist von drei Wochen auch für die Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung - Ausland in Fällen, in denen der Versicherungsschutz vom zuständigen ausländischen Träger nicht belegt ist?	Nein. Die Kostenübernahme durch die Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung – Ausland setzt nach Art. 35 Abs. 1 i. V. m. Art. 25 Abs. 1 VO (EG) Nr. 987/2009 die Vorlage eines vom zuständigen Träger ausgestellten Dokuments voraus, das der Person einen Sachleistungsanspruch in Deutschland bescheinigt. Solange dieser Anspruch nicht belegt ist, tritt keine Zahlungspflicht ein. Vergleichbares gilt bei An-

				wendung eines Sozialversicherungsabkommens (vgl. Seite 5 des Informationsblatts zur medizinischen Versorgung von im Ausland versicherten Personen). Muss die betreffende Person die Kosten wegen einer fehlenden Anspruchsbescheinigung selbst tragen, kann sie die Erstattung beim zuständigen Träger im Heimatland geltend machen.
19b		§ 13 Abs. 1	Ab wann gelten die neuen Regelungen des Vertrages?	Der neue Vertrag gilt für alle Verordnungen mit einem Ausstellungsdatum ab dem 01.04.2023. Für Verordnungen, die vor dem 01.04.2023 ausgestellt wurden und bei denen der neue Vertrag bereits angewendet wurde (weil Behandlungen in den Zeitraum ab dem 01.04.2023 fallen), wird eine Anwendung der neuen Regelungen durch die Unfallversicherungsträger ausnahmsweise nicht beanstandet.
20		Verordnungsvordruck (Übergangsregelung)	Wie lange dürfen D-Ärzte oder D-Ärztinnen die alten Verordnungsvordrucke verwenden?	Die D-Ärzte und D-Ärztinnen sind angehalten, spätestens ab 01.01.2024 nur noch die neuen Verordnungsvordrucke zu verwenden. Hinsichtlich der Verwendung alter Verordnungsvordrucke besteht für die Leistungserbringenden Vertrauensschutz.
21		Verordnungsvordruck (Felder 1 und 2)	Muss die Diagnose als Klartext angegeben oder kann in den Feldern 1 bzw. 2 des Verordnungsvordrucks auch ein ICD-10-Code eingetragen werden?	Für die Diagnose(n), die in den Feldern 1 und ggf. 2 vom Arzt oder Ärztin eingetragen werden, gibt es keine Formerfordernis. In der Regel sollten die Diagnosen als Klartextangaben erfolgen. Sofern der Arzt oder die Ärztin einen ICD-10-Code einträgt, kann auch auf dieser Basis behandelt werden.

22		Verordnungsvordruck (Feld 5)	Muss zur Abgabe von Zertifikatspositionen eine entsprechende Weiterbildung vorliegen? Müssen hierzu jeweils Nachweise erbracht werden?	<p>Zur Abgabe der Position 8102 A "KG-ZNS Kinder" ist eine abgeschlossene, spezielle Weiterbildung in Bobath oder Vojta von mindestens 300 Stunden erforderlich.</p> <p>Zur Abgabe der Position 8103 A "KG-ZNS Erw." ist eine abgeschlossene, spezielle Weiterbildung in Bobath, Vojta oder PNF von mindestens 120 Stunden erforderlich.</p> <p>Zur Abgabe der Position 8107 A "Manuelle Therapie" ist eine abgeschlossene, spezielle Weiterbildung in manueller Therapie von mindestens 260 Stunden erforderlich.</p> <p>Zur Abgabe der Position 8402 A bzw. 8403 A "Manuelle Lymphdrainage" ist eine abgeschlossene, spezielle Weiterbildung in manueller Lymphdrainage erforderlich.</p> <p>Durch die Abgabe dieser Leistungen bestätigt der Therapeut oder die Therapeutin, zur Abgabe der Leistung berechtigt zu sein. Ein Nachweis muss gegenüber dem Unfallversicherungsträger nur auf Anfrage und bei begründetem Zweifel an der Berechtigung erbracht werden.</p>
23		Verordnungsvordruck (Feld 5)	Der D-Arzt oder die D-Ärztin verordnet KG-Gerät-Behandlungen. Kann KG-Gerät von Therapeuten oder Therapeutinnen erbracht werden?	Nein, da KG-Gerät keine Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung ist. Ggfs. ist die Verordnung einer MTT sinnvoll. Es muss deshalb Rücksprache mit dem D-Arzt oder der D-Ärztin gehalten werden und eine neue Verordnung ausgestellt werden.

				<p>Einzelfallentscheidungen über die Kostenübernahme von KG-Gerät durch UV-Träger sind nicht Bestandteil der vertraglichen Regelungen und bilateral mit dem jeweiligen UV-Träger zu klären.</p>
24		Verordnungsvordruck (Feld 5)	Muss die Behandlung nach 4 Wochen abgebrochen werden?	<p>Nein, die Verordnung hat eine Gültigkeit von 2 Monaten, s. § 7 Abs. 4. Die 4-Wochen-Vorgabe richtet sich ausschließlich an die verordnenden Ärzte und Ärztinnen.</p>
25		Verordnungsvordruck (Feld 7)	Hat eine Angabe im Feld „Voraussichtliche Gesamttherapiedauer“ eine Relevanz für die therapeutischen Leistungserbringenden?	<p>Nein, sie hat keine unmittelbare Auswirkung auf die aktuelle Verordnung. Die Angabe ist eine Prognose für mögliche über die Verordnung hinausgehende Behandlungseinheiten und soll dem Leistungserbringer die Möglichkeit geben, eine über die Verordnung hinausgehende Terminplanung bei zu erwartenden weiteren Verordnungen zu ermöglichen.</p>
26		Verordnungsvordruck (Rückseite, Praxisstempel)	Wo kann auf der Rückseite der Verordnung der Praxisstempel platziert werden?	<p>Sollte der Platz am unteren Ende des neuen Vordruckes nicht ausreichen, kann der Praxisstempel an jeder anderen beliebigen Stelle auf der Rückseite platziert werden.</p>
26a		Verordnungsvordruck (Rückseite, Unterschrift)	Ab welchem Alter dürfen Kinder die Inanspruchnahme der Behandlung selber quittieren?	<p>Ab dem 10. Geburtstag dürfen Kinder die Inanspruchnahme der Behandlung selbst quittieren. Verordnungen von Leistungen, die an Kinder unter 10 Jahren abgegeben werden, sind stets von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu unterzeichnen.</p>

27		Verordnungsvordruck (alter Vordruck)	Der alte Verordnungsvordruck enthält nur die Felder 1 bis 4. Wo kann die Dokumentation der im Einvernehmen mit dem Arzt oder mit der Ärztin geänderten Angaben (siehe § 7 des Vertrages) erfolgen?	Die Regelungen des neuen Rahmenvertrags können auch bei Verwendung eines alten Verordnungsvordruckes angewandt werden. Die Dokumentation kann dort z. B. im Feld 2 oder 3 erfolgen.
----	--	--------------------------------------	--	---