



## Fragen–Antworten–Katalog Ernährungstherapie

Stand: 17.02.2022

Der Fragen–Antworten–Katalog wird fortlaufend aktualisiert.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
1	Anerkennniserklärung	Müssen bereits zugelassene Leistungserbringer eine Anerkennniserklärung unterzeichnen?	Ja, alle bereits zugelassenen Leistungserbringer müssen bis zum 15.04.2022 bei der zuständigen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen die Anerkennniserklärung unterzeichnet eingereicht haben.
2	Bestätigung der Leistung	Muss der Leistungserbringer die Leistung ausformulieren oder reicht die Angabe der Heilmittelpositionsnummern?  Können die Leistungen/Maßnahmen abgekürzt werden?	Die Angabe der Heilmittelpositionsnummer allein reicht nicht aus. Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe unter Angabe des Datums und Namenskürzels des abgebenden Leistungserbringers verständlich im Wortlaut einzutragen (Anlage 3 Ziffer 5 lit. o). Abkürzungen sind vertraglich nicht geregelt.  Ab der zweiten Einheit können Wiederholungszeichen genutzt werden.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
3	Bestätigung der Leistung	Wie sollen 1,5 Stunden Einzel- bzw. Gruppenbehandlung im Bestätigungsfeld eingetragen werden?	Die konkrete Maßnahme ist unter Angabe der tatsächlichen Therapiedauer anzugeben (z. B. „ernährungstherapeutische Intervention- Einzelbehandlung 90 Minuten“).
4	Bestätigung der Leistung	Müssen die Auswertung und Berechnung eines Ernährungsprotokolls (X5008) sowie die notwendige Abstimmung mit einer dritten Partei (X5009) auf der Rückseite des Verordnungsbogens dokumentiert und von der Patientin oder vom Patienten bestätigt werden?	Nein, die beiden Maßnahmen müssen nicht im Bestätigungsfeld angegeben und somit auch nicht von der Patientin oder vom Patienten gegengezeichnet werden.
5	Empfangsbestätigung durch die Versicherte oder den Versicherten	Das Feld zur Eintragung der Maßnahme und der Bestätigung durch die Versicherte oder den Versicherten sind auf dem neuen Muster schmaler. Was ist bei Platzmangel zu tun (wenn die Patientin oder der Patient nicht in das kleine Feld signieren kann)?	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 von der oder von dem Versicherten einzeln bestätigt werden. Ein Beiblatt wird von den Krankenkassen akzeptiert, wenn dieses die gleichen Angaben wie die Rückseite der Verordnung enthält.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
6	Bestätigung des Leistungserbringers	Muss der Leistungserbringer in der Spalte „Leistungserbringer“ auf der Rückseite der Verordnung eigenhändig unterschreiben? Kann die Unterschrift im Auftrag erfolgen bzw. gestempelt werden?	Eine Unterschrift ist nicht erforderlich, es sind die Initialen mit mind. zwei Buchstaben, bspw. die Anfangsbuchstaben des Vor- und Zunamens, des behandelnden Leistungserbringers einzutragen. Die Angaben des „Namenskürzels“ sind gemäß § 3 Abs. 5 des Vertrages der zuständigen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zu übermitteln. Die Eintragung kann auch durch Empfangs-/Verwaltungspersonal oder per Stempel erfolgen.
7	Behandlungsbeginn	Ab wann wird der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen bzw. beim dringlichen Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen gezählt?	Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen bzw. innerhalb von 14 Kalendertagen bei dringlichem Behandlungsbedarf <u>nach dem Verordnungsdatum</u> 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“.
8	Frequenz	Hat die Frequenzangabe der Ärztin oder des Arztes eine bindende Wirkung für die Leistungserbringer?	Nein, sofern die Ärztin oder der Arzt Angaben zu der Therapiefrequenz macht, sind diese für den Leistungserbringer nicht bindend, vgl. § 16 Absatz 3 HeilM-RL.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
9	Leitsymptomatik	<p>Muss der Leistungserbringer überprüfen, ob die Leitsymptomatik der Diagnosegruppe zugeordnet werden kann?</p> <p>Die Arztsoftware fügt automatisch eine Beschreibung der ausgewählten Leitsymptomatik a/b/c in das Freitextfeld für die patientenindividuelle Leitsymptomatik ein. Muss dies korrigiert werden, da das Freitextfeld der Leitsymptomatik nur für die Beschreibung einer patientenindividuellen Leitsymptomatik vorgesehen ist?</p>	<p>Der Leistungserbringer hat die Verordnungen aus seiner professionellen Sicht auf erkennbare Fehler, also auf Vollständigkeit und Plausibilität, hin zu überprüfen. Entscheidend ist, dass eine Leitsymptomatik auf der VO angegeben ist. Dabei können ein Ankreuzfeld bzw. mehrere Ankreuzfelder angekreuzt werden oder eine Leitsymptomatik nur schriftlich angegeben sein oder Ankreuzfelder und schriftliche Angaben kombiniert werden. Ist das Feld [x] patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt, muss eine schriftliche Leitsymptomatik angegeben sein.</p>
10	Unterbrechung zwischen den Behandlungen	<p>Wird eine Verordnung ungültig, wenn z. B. aufgrund von Krankheit zwischen zwei Behandlungen mehr als 12 Wochen liegen?</p>	<p>Nein, die Unterbrechung der Behandlung hat keine Auswirkung auf die Gültigkeit der Verordnung, § 7 Abs. 5 des Vertrages ist zu beachten, wonach alle Leistungen einer Verordnung bis zum Ende auszuführen sind. Für alle ernährungstherapeutischen Maßnahmen gilt zudem § 7 Abs.6 der HeilM-RL. Demnach kann die Ärztin oder der Arzt für einen 12-Wochen Zeitraum Verordnungen ausstellen. Diese müssen aber nicht innerhalb eines 12-Wochen-Zeitraums erbracht werden.</p>

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
11	Durchführung der Behandlung	Was ist zu beachten, wenn eine neue Verordnung ausgestellt wurde und die vorangegangene Verordnung noch nicht abgeschlossen ist?	Nach § 7 Abs. 5 des Vertrages müssen Verordnungen bis zum Ende durchgeführt werden, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose und Diagnosegruppe begonnen wird. § 6 Abs. 4 des Vertrages ist dabei zu berücksichtigen.
12	Behandlungsabbruch	Kann die Behandlung vorzeitig abgebrochen werden, wenn das Therapieziel erreicht wurde? Wie ist dies auf dem Verordnungsmuster zu dokumentieren?	Ja.  Der Behandlungsabbruch ist mit dem Datum zu vermerken und die Ärztin oder der Arzt ist entsprechend zu informieren. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde.
13	Fortbildung	An wen sind Fortbildungsnachweise (gemäß Anlage 4 des Vertrages) einzureichen?	Der Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den zugelassenen Leistungserbringer <u>auf Anforderung</u> der Krankenkasse bzw. ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

Nr.	Inhalt	Frage	Antwort
14	Hausbesuch	Was ist zu beachten, wenn ein „nein“ angekreuzt war, aber ein Hausbesuch notwendig wird? Muss eine Änderung beantragt werden und muss dies noch vor dem kurzfristig geänderten Hausbesuch erfolgen?	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.
15	Abrechnung Therapiebericht	Kann der Therapiebericht abgerechnet werden, wenn die Ärztin oder der Arzt dieses Feld angekreuzt hat?	Nein, der Therapiebericht kann nicht gesondert abgerechnet werden.
16	Zulassung	Fragen, welche die Zulassung betreffen, wie z. B. die Möglichkeit der Aufteilung und gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten.	Fragestellungen im Zusammenhang mit der Zulassung sind von den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zu klären und zu prüfen.