

Gemeinsame Umsetzungsempfehlungen zum Korrekturverfahren im Heilmittelbereich

Stand: 13.02.2025*)

*) Die Anpassungen Stand 13.02.2025 treten zum 01.10.2025 in Kraft

Allgemeines

Nach Anlage 1 zur technischen Anlage für die maschinelle Abrechnung (elektronische Datenübermittlung) zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V) müssen Rechnungen im Korrekturverfahren **ab 01.07.2020** verbindlich per DTA übermittelt werden.

Grundsatz: Für die Umsetzung des Korrekturverfahrens wurden sogenannte Verarbeitungskennzeichen vorgegeben. Jede Rechnung muss somit mit einem der folgenden Verarbeitungskennzeichen angeliefert werden:

- Verarbeitungskennzeichen 01 (VKZ 1) = Erstrechnung
- Verarbeitungskennzeichen 02 (VKZ 2) = Nachforderung (z.B. Hausbesuch wurde bei der Erstrechnung versehentlich vergessen)
- Verarbeitungskennzeichen 03 (VKZ 3) = Zuzahlungsnachforderung
- Verarbeitungskennzeichen 04 (VKZ 4) = Korrekturrechnung
- Verarbeitungskennzeichen 10 (VKZ 10) = Wiederaufnahme einer bereits beendeten abgerechnet Blankoverordnung (Physiotherapie) bei einem Rezidiv

Innerhalb einer Rechnung dürfen nicht verschiedene Verarbeitungskennzeichen genutzt werden. Somit ist je Verarbeitungskennzeichen eine eigene Rechnung zu übermitteln.

Wurde eine eingereichte Rechnung ganz oder in Teilen zurecht von der Krankenkasse oder deren Dienstleister bemängelt und gekürzt, so kann der Leistungserbringer, sofern dies vertraglich geregelt ist, eine Korrektur vornehmen und die nicht zuvor vergütete(n) Position(en) erneut mit dem Verarbeitungskennzeichen „04“ in Rechnung stellen. Ein Anspruch auf eine Korrekturdatenlieferung seitens der Krankenkasse oder deren Dienstleister besteht nicht, wenn sich herausstellt, dass die vorgenommene Rechnungskürzung nicht rechtens war und die Rechnung auf Basis der vorliegenden Abrechnungsdatensätze und ergänzenden Informationen vollumfänglich zu begleichen ist.

Damit falsch angelieferte Datensätze und damit verbundene Abrechnungsprobleme möglichst reduziert werden, sind nachfolgend Umsetzungsempfehlungen aufgelistet.

Änderungshistorie

Datum	Frage	Erläuterung
13.02.2025*)	Allgemeines	Redaktionelle Überarbeitung
13.02.2025*)	Nr. 13	Sachverhalt präzisiert
13.02.2025*)	Nr. 18	VKZ 10 ergänzt
13.02.2025*)	Nr. 23	Sachverhalt neu hinzugefügt
13.02.2025*)	Nr. 24	Sachverhalt neu hinzugefügt
13.02.2025*)	Nr. 25	Sachverhalt neu hinzugefügt
13.02.2025*)	Nr. 26	Sachverhalt neu hinzugefügt
05.06.2023	Deckblatt	Aufnahme eines Hinweises hinsichtlich ungerechtfertigter Rechnungskürzungen
20.07.2022	Nr. 11	Zuzahlungskennzeichen geändert
20.07.2022	Nr. 13	Beispiel gestrichen
20.07.2022	Nr. 21	Umsetzungsempfehlung redaktionell angepasst
20.07.2022	Nr. 22	Sachverhalt neu hinzugefügt.
09.04.2021	Nr. 21	Sachverhalt neu hinzugefügt.
09.02.2021	Nr. 13	Korrekturverfahren ist möglich. Lediglich das Zuzahlungskennzeichen muss auf „2“ geändert werden. Vorheriger Stand wird wieder hergestellt.
09.02.2021	Nr. 20	Klarstellung: Bei einer Absetzung durch die Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister wegen fehlenden / falschen Daten muss der korrekte Datensatz über das Verarbeitungskennzeichen 4 erneut eingereicht werden.
19.01.2021	Nr. 8	Zuzahlungskennzeichen „1“ ist laut TA noch nicht möglich, daher auf „2“ geändert. TA wird schnellst möglich angepasst, damit das ZuZ-KNZ „1“ auch angenommen werden kann.

19.01.2021	Nr. 11	Zuzahlungskennzeichen „1“ ist laut TA noch nicht möglich, daher auf „2“ geändert. TA wird schnellst möglich angepasst, damit das ZuZ-KNZ „1“ auch angenommen werden kann.
19.01.2021	Nr. 13	Kein Korrekturverfahren möglich, daher Vorgabe für die Zuzahlungsforderung angepasst.

***) Die Anpassungen Stand 13.02.2025 treten zum 01.10.2025 in Kraft**

	Anfrage	Erläuterung	Umsetzungsempfehlung
1	In welchen Fällen darf eine Nachforderung (VKZ 2) gestellt werden?		Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechner darf immer dann eine Nachforderung (VKZ 2) stellen, wenn bei einer Ursprungsrechnung (VKZ 1) Leistungen nicht berechnet worden sind, für die jedoch bereits ein Anspruch auf Vergütung bestand. Dies schließt eine Ergänzung/Änderung rechnungsbegründender Unterlagen im Rahmen einer Nachforderung aus.
2	Muss bei Nachforderungen (VKZ 2) durch den Leistungserbringer zwingend ein Urbeleg der Abrechnung beigelegt werden? Oder reicht alleine der Datensatz aus?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Originalverordnungen der Krankenkasse bereits vorliegen, da sie bei der Ursprungsrechnung bereits mit angeliefert wurden.	In diesen Fällen kann die Nachforderung (VKZ 2) alleine über den Datensatz wieder eingereicht werden. Ein Urbeleg z.B. eine Kopie der Verordnung bedarf es nicht.
3	Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden? Muss hier immer zwingend die Korrekturrechnung mit VKZ 4 gestellt werden?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde.	In diesen Fällen muss die Korrektur gegen die Rechnungskürzung immer zwingend mit dem VKZ 4 eingereicht werden.

4	Muss bei Korrekturen / Einsprüchen zu beanstandeten Belegen (VKZ 4) durch den Leistungserbringer zwingend ein Urbeleg der Abrechnung beigelegt werden? Oder reicht alleine der Datensatz aus?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde.	In diesen Fällen muss immer zwingend ein Urbeleg (z.B. die zurückgeschickte und geänderte Originalverordnung, Änderungen per Fax, nachträglich eingeholte Unterschriften vom Arzt / Patienten, Änderungen der Indikationsschlüssel / Diagnosegruppen etc.) zusätzlich zum DTA eingereicht werden. Die Urbelege sind für die Prüfung des Einspruches durch die Krankenkasse notwendig.
5	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen für eine Verordnung zu viel abgerechnet wurde? Greift hier auch das neue Korrekturverfahren?	Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz eine falsche und teurere Positionsnummer abgerechnet wurde. z.B. Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG (x0501) - Abgerechnet wurde die MT (x1201)	Diese Fallkonstellation ist nicht vom Korrekturverfahren umfasst. In diesen Fällen muss der Leistungserbringer bzw. das Abrechnungszentrum bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die falsche Abrechnung melden (schriftlich oder telefonisch). Danach erfolgt eine Rechnungskürzung von Seiten der Krankenkasse.
6	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen für eine Verordnung sowohl zu wenig abgerechnet wurde und etwas zu viel? (Mischkorrektur)	Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz eine falsche und günstigere Positionsnummer abgerechnet wurde. z.B. Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG-ZNS (x0710) - Abgerechnet wurde die KG (x0501) Des Weiteren wurde für dieselbe Verordnung aber eine falsche und teurere Position	In diesem Fall müssen beide Sachverhalte voneinander getrennt beurteilt werden: Die zu wenig abgerechneten Beträge bei der Hauptleistung müssen über das Verarbeitungskennzeichen „2“ per DTA neu eingereicht werden. Hier dürfen dann aber nur die Differenzbeträge in Rechnung gestellt werden. Die Nachforderung wird dann mit der eigentlich korrekten Positionsnummer (in diesem Beispiel die x0710) erfasst.

		für den Hausbesuch abgerechnet (z.B. Abgerechnet wurde die x9933, obwohl der Versicherte im Heim ist und lediglich die x9934 abgerechnet werden darf.)	Die zu viel abgerechneten Beträge beim Hausbesuch müssen wie bei Frage 5 der Krankenkasse bzw. deren Dienstleister gemeldet werden. Danach erfolgt eine Rechnungskürzung von Seiten der Krankenkasse.
7	Wie muss mit Fällen umgegangen werden, bei denen aus dem Absetzungsschreiben nicht alle wichtigen Informationen hervorgehen?	Es handelt sich um Teilabsetzungen, bei denen im Absetzungsschreiben nicht explizit der gekürzte Termin bzw. die Positionsnummer angegeben ist. In diesen Fällen ist die Korrekturrechnung (VKZ 4) ohne genaue Daten nicht möglich.	Sofern die Termine bzw. die Positionen nicht aus dem Absetzungsschreiben hervorgehen, muss der Leistungserbringer bzw. das Abrechnungszentrum bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Dienstleistern diese Informationen erfragen
8	Welche Sachverhalte sind mit dem Verarbeitungskennzeichen 3 im DTA abzurechnen?	Es handelt sich um folgende Fälle: 1) Der Versicherte hat im Nachgang – trotz (schriftlicher) Aufforderung – die Zuzahlung an den Leistungserbringer verweigert. 2) Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht an den Leistungserbringer.	Das Verarbeitungskennzeichen 3 ist für <u>alle</u> Zuzahlungsforderungen zu verwenden. Der Grund, weshalb der Versicherte die Zuzahlung nicht an den Leistungserbringer gezahlt hat – ist nicht relevant. Somit gilt dies auch für die Fälle, bei denen der Versicherte zuzahlungsfrei ist und deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht zahlt. Im DTA muss bei diesen Fällen dann das Zuzahlungskennzeichen „1“ gesetzt werden.
9	Die technische Anlage sieht beim VKZ 3 nur	Es handelt sich um folgenden Fall:	Auch in diesen Fällen muss ein Datensatz für die Nachforderung der Zuzahlungen gestellt werden.

	die Fälle vor, wenn der Versicherte die Zahlung der Zuzahlungen verweigert. Greift das Korrekturverfahren und die DTA-Pflicht auch für Fälle bei denen dem Leistungserbringer eine „Falschinformationen zu Zuzahlungspflicht“ vorliegt?	Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht an den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hat auf der Ursprungsrechnung (VKZ 1) dennoch die Zuzahlungen berechnet.	Diese Fälle müssen dann auch mit dem Verarbeitungskennzeichen 3 angeliefert werden. (Siehe auch Ausführungen zur Frage 8)
10	Mit welchem Verarbeitungskennzeichen müssen Fällen abgerechnet werden, bei denen die Krankenkasse wegen Zuzahlungen die Erstrechnung (VKZ 1) gekürzt hat und der Leistungserbringer die Zuzahlungen jedoch nicht vom Patienten erhält?	Es handelt sich um Fälle, bei denen der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum bei der Erstrechnung (VKZ 1) keine Zuzahlungen berechnet hat. Der / die Versicherte ist jedoch nicht befreit und die Krankenkasse kürzt die Erstrechnung mit dem Grund, dass die Zuzahlungen nicht berechnet wurden. Der Leistungserbringer erhält die Zuzahlungen vom Versicherten aber <u>nicht</u> .	In diesen Fällen muss die Nachberechnung der Zuzahlungen auch mit VKZ 3 eingereicht werden. Da alle Nachforderungen, die sich auf die Zuzahlungen beziehen mit dem VKZ 3 abgerechnet werden müssen.
11	Muss bei Zuzahlungsforderung (VKZ 3)	Es handelt sich um folgende Fälle: 1) Der Versicherte hat im Nachgang – trotz (schriftlicher) Aufforderung– die	Zu 1) In diesem Fall muss dem DTA als Urbeleg entweder das Formular „Zuzahlung verweigert“ oder das Schreiben an den Versicherten bezgl. der

	<p>zwingend das Formular „Zuzahlung verweigert“ dem DTA beigelegt werden?</p>	<p>Zuzahlung an den Leistungserbringer verweigert.</p> <p>2) Der Versicherte ist zuzahlungsfrei und zahlt deswegen die geforderten Zuzahlungen nicht an den Leistungserbringer.</p>	<p>Zuzahlungsforderung (Erinnerung/ Mahnung) beigelegt werden.</p> <p>Zu 2) In diesem Fall ist ein Urbeleg nicht zwingend erforderlich. Bitte tragen Sie das Zuzahlungskennzeichen „1“ im DTA ein.</p> <p>Es ist jedoch wünschenswert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Information über die Befreiung im Feld 6 „Raum für Mitteilungen an den Kostenträger“ eingetragen wird oder - ein zusätzlicher Hinweis auf einem Begleitzettel vorgenommen wird oder - die Kopie eines Befreiungsausweises beigelegt wird.
12	<p>Ist es vorgesehen, dass zusätzlich erforderliche Formulare (VKZ 3) ebenfalls als Mailanhang mit den Abrechnungsdateien geliefert werden können? Oder besteht ein alternativer "online"-Versandweg?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle bei denen eine Zuzahlungsforderung mit VKZ 3 gestellt wird und ein Formular z.B. das Formular „Zuzahlung verweigert“ muss als Urbeleg der Krankenkasse geschickt werden.</p>	<p>Die Voraussetzungen der Übermittlung von Urbelegen hat sich mit dem Korrekturverfahren nicht geändert. Immer wenn zusätzlich zum Datensatz ein Urbeleg gefordert wird – muss dieser auch auf dem üblichen Weg der Krankenkasse bzw. deren Dienstleister zur Verfügung gestellt werden. In der Regel handelt es sich hier um den Postversand, es sei denn die entsprechende Krankenkasse akzeptiert auch jetzt schon einen digitalen Weg.</p>

13	<p>Was für ein Zuzahlungskennzeichen muss im DTA angeliefert werden, wenn auf der Ursprungsrechnung das Zuzahlungskennzeichen „3“ (pflichtig) angegeben ist und nur für ein Teil der Positionen / Termine die Zuzahlungen nachgefordert werden, weil hierfür eine Befreiung vorliegt?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen im Datensatz auf der Ursprungsrechnung (VKZ 1) für alle Positionen und Termine die Zuzahlungen berechnet wurden.</p> <p>Im Nachgang stellt sich heraus, dass der Versicherte für einen Teil der Termine befreit ist. (z.B. 3 Termine im Jahr 2019 – hierfür liegt eine Befreiung von den Zuzahlungen vor – und 3 Termine im Jahr 2020 – keine Befreiung)</p> <p>Oder</p> <p>Im Nachgang stellt sich heraus, dass eine Position nicht zuzahlungspflichtig ist (Ergotherapeutische Schiene etc.).</p>	<p>Es muss im DTA das Zuzahlungskennzeichen „2“ gesetzt werden, weil für alle angelieferten Positionen / Termine eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt.</p> <p>Die Zuzahlungsforderungen VKZ 3 werden lediglich für die Termine nachberechnet, an denen der Versicherte von der Zuzahlung befreit ist bzw. für die Positionen, für die keine Zuzahlungen gezogen werden müssen.</p> <p>Die Positionen und Termine, für die der Versicherte pflichtig ist, sind bei der Nachberechnung <u>ohne Zuzahlungen</u> anzugeben (das Kannfeld EHE_Betrag_der_Zuzahlung wird nicht geliefert).</p>
14	<p>Wie muss mit Fällen umgegangen werden, in denen ein höherer Preis nachgefordert wird?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen in der Ursprungsrechnung zu niedrige Preise abgerechnet wurden.</p> <p>z.B. Abgerechnet wurde die x0501 (KG) mit jeweils 20,00 Euro pro Termin. Eigentlich wird die KG mit 21,11 Euro vergütet. Somit besteht eine Differenz von 1,11 Euro pro Termin, die nachberechnet werden soll.</p>	<p>In diesen Fällen ist die Nachberechnung der Differenzbeträge mit dem Verarbeitungskennzeichen „2“ im DTA anzuliefern.</p>

15	Dürfen zusätzlich zu betragsrelevanten Daten auch weitere Daten gegenüber der Originalrechnung abgeändert werden, die nicht betragsrelevant sind?	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen zusätzlich zu einer monetären Korrektur auch noch ein weiteres nicht monetäres Feld im DTA abgeändert werden muss. z.B. Indikationsschlüssel / Diagnosegruppe, Ausstellungsdatum der Verordnung, AC/TK etc.</p> <p>Weil diese nicht betragsrelevante Änderung eine Nachforderung / Korrekturrechnung rechtfertigt.</p>	Ja, es dürfen auch <u>nicht</u> betragsrelevante Daten in der Nachforderung (VKZ 2) bzw. Korrekturrechnung (VKZ 4) gegenüber der Ursprungsrechnung korrigiert werden, wenn dies für die Nachforderung / Korrekturrechnung entscheidend ist.
16	Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden, bei denen eine Nachforderung wegen anderer Sachverhalte vorgenommen werden soll? Was sind die korrekten Verarbeitungskennzeichen?	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde. Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum möchte für diesen Beleg etwas nachfordern – jedoch nicht den Sachverhalten der zur Kürzung geführt hat. Beispiel: Eine Abrechnungsposition wird abgesetzt, weil am Behandlungstag 30.03.2020 eine stationäre Krankenhausbehandlung stattfand. Der Leistungserbringer schickt nun zwei Korrekturrechnungen: 1) wegen eines abweichenden Vertragspreises fordert er den Differenzbetrag zu den</p>	<p>Für beide Fälle muss das Verarbeitungskennzeichen „2“ im DTA verwendet werden, da die beide Sachverhalte nichts mit der vorherigen Kürzung zu tun haben.</p> <p>Sind für ein und denselben Beleg mehrere Nachforderungen von verschiedenen Sachverhalten mit VKZ 2 notwendig (siehe Beispiel), dann kann alles zusammen in einem DTA angeliefert werden.</p>

		<p>bereits abgerechneten Positionen (nicht für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)</p> <p>2) da die Hausbesuchspositionen vergessen wurden, werden sie mit einer Korrektur nachgefordert (nicht für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)</p>	
17	<p>Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden, bei denen für eine Verordnung sowohl ein Einspruch für die Rechnungskürzung und eine Nachforderung wegen eines anderen Sachverhaltes vorgenommen werden sollen? Was sind die korrekten Verarbeitungskennzeichen?</p>	<p>Es handelt sich um Fälle, bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von der zuständigen Krankenkasse bemängelt wurde. Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum möchte für diesen Beleg sowohl einen Einspruch gegen die Rechnungskürzung stellen und einen weiteren Sachverhalt nachfordern.</p> <p>Beispiel: Eine Abrechnungsposition x0501 wird abgesetzt, weil am Behandlungstag 30.03.2020 die Maßnahme nicht vom Versicherten bestätigt wurde. Der Leistungserbringer schickt nun zwei Korrekturrechnungen: 1) Den Einspruch für den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020. Der Versicherte hat die Unterschrift nachgeholt.</p>	<p>Für den ersten Fall (der Einspruch) muss die x0501 für den Termin 30.03.2020 mit dem VKZ 4 angeliefert werden.</p> <p>Die Nachforderung der Hausbesuche muss separat in einem weiteren Datensatz mit VKZ 2 angeliefert werden.</p> <p>Hinweis: In diesem Fall muss der Einspruch (VKZ 4) vor bzw. zeitgleich mit der Nachforderung der Hausbesuche eingereicht werden, da ansonsten ggf. der 30.03.2020 nicht vergütet werden kann.</p>

		2) Da die Hausbesuchspositionen vergessen wurden, werden sie mit einer Korrektur nachgefordert (inkl. den abgesetzten Behandlungstag 30.03.2020)	
18	Was passiert, wenn die Nachforderungen / Zuzahlungsforderung (VKZ 2+3) oder die Wiederaufnahme (VKZ 10) vor der ursprünglichen Rechnung bei den Krankenkassen eingehen?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Nachforderungen / Zuzahlungsforderungen (VKZ 2+3) bzw. die Wiederaufnahme (VKZ 10) den Krankenkassen eher zur Verfügung stehen, als die dazugehörige Ursprungsrechnung (VKZ 1).	In diesen Fällen wird die Nachforderung (VKZ 2+3) bzw. die Wiederaufnahme (VKZ 10) von den jeweiligen Krankenkassen abgesetzt oder bereits von der Datenannahmestelle abgewiesen, da in allen Fällen immer erst die Ursprungsrechnung (VKZ 1) vorliegen muss.
19	Soll das Feld „Einzelbetrag der Abrechnungsposition (vereinbarter Preis)“ auch für Anlieferung von Differenzbeträgen genutzt werden?	Bei verschiedenen Fallkonstellationen dürfen nur die Differenzbeträge in Rechnung gestellt werden, weil ein Teil des Betrages bereits bei der Ursprungsrechnung (VKZ 1) gezahlt wurde. Beispiel 1: Verordnet und vom Versicherten bestätigt wurde die KG-ZNS (x0710) - Abgerechnet wurde die KG (x0501). Die Differenz zwischen der KG und der KG-ZNS soll nachberechnet werden. Beispiel 2:	Der Differenzbetrag muss bei den Nachberechnungen per DTA im Feld „Einzelbetrag der Abrechnungsposition (vereinbarter Preis)“ pro Termin angegeben werden.

		Der Leistungserbringer bzw. dessen Abrechnungszentrum hat bei der Ursprungsrechnung (VKZ 1) versehentlich einen zu geringen Betrag pro Position abgerechnet.	
20	Ist das Korrekturverfahren auch für Belege, bei denen lediglich nicht betragsrelevante Daten abgeändert werden sollen, anzuwenden?	Es handelt sich um Fälle, bei denen die Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die Ursprungsrechnung bemängelt, weil z.B. die Diagnosegruppe, der Diagnoseschlüssel, die Arztnummer etc. im DTA fehlt oder falsch erfasst wurde.	In diesen Fällen muss der Datensatz im Korrekturverfahren mit VKZ 4 erneut eingereicht werden.
21	Wie müssen Rechnungen (VKZ 1), die von den Krankenkassen komplett abgesetzt wurden, wieder eingereicht werden?	Es handelt sich ausschließlich um Fälle, bei denen die Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die Ursprungsrechnung (VKZ 1) komplett absetzt hat, weil die Verordnungen fehlten. D.h. der Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister lagen lediglich die Datensätze aber keine Urbelege vor.	In diesem Fall muss eine neue Rechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen 1 eingereicht werden. Des Weiteren müssen zwingend die Verordnungen (Urbelege) zur Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister geschickt werden.
22	Wie müssen Rechnungen (VKZ 1), die von den Krankenkassen komplett abgesetzt wurden, wieder eingereicht werden?	Es handelt sich ausschließlich um Fälle, bei denen die Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die Ursprungsrechnung (VKZ 1) komplett absetzt hat, weil die Datensätze der Rechnung nicht korrekt angeliefert wurden. (Rechnungsdatsatz wird abgewiesen)	In diesem Fall muss eine neue Rechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen 1 eingereicht werden. Außerdem müssten auch noch einmal die Urbelege nachgereicht werden, falls diese mit der Datenabweisung wieder zurück geschickt wurden.

		D.h. der Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister lagen lediglich die Urbelege aber kein TA-konformer Datensatz vor.	
23	Wie muss bei von der Krankenkasse beanstandeten Belegen verfahren werden, wenn im Rahmen des Einspruchs der ursprüngliche Rechnungsbetrag (VKZ1) überschritten wird?	<p>Es handelt sich ausschließlich um Fälle, bei denen die Krankenkasse bzw. dessen Dienstleister die Ursprungsrechnung (VKZ 1) abgesetzt/ gekürzt hat und mit der Nachberechnung ein höherer Einzelpreis im Gegensatz zur Erstrechnung abgerechnet wird.</p> <p>Beispiel: Verordnung und bestätigte Termine aus dem Jahr 2025. Im Datensatz (VKZ1) wurden jedoch Termine aus 2024 mit dem entsprechenden Vertragspreis abgerechnet.</p> <p>Bei der Nachberechnung werden jetzt die korrekten Termine aus 2025 mit erhöhten Preis angeliefert.</p>	In diesem Fall muss lediglich eine neue Rechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen 4 mit den erhöhten Preisen eingereicht werden.
24	Wie muss die Wiederaufnahme einer bereits beendeten abgerechnet Blankoverordnung bei einem Re-	Es handelt sich ausschließlich um Fälle, bei denen die Blankoverordnung (Physiotherapie) bereits mit der Krankenkasse abgerechnet wurde (VKZ1) und im Falle eines Rezidivs dieselbe Verordnung innerhalb des Gültigkeitszeitraums (16 Wochen) erneut aufgenommen und therapiert wurde.	<p>In diesen Fällen muss die Wiederaufnahme der Blankoverordnung bis zum 30.09.2025 zwingend mit dem VKZ 2 eingereicht werden.</p> <p>Ab dem 01.10.2025 muss die Wiederaufnahme der Blankoverordnung immer zwingend mit dem VKZ 10 eingereicht werden.</p>

	zidiv bei der Krankenkasse eingereicht werden?	Eine Verordnung liegt nicht vor. Die Abrechnung erfolgt aufgrund des Anhangs A zum Vertrag.	
25	Muss bei der Wiederaufnahme der Verordnung im Rahmen einer Blankoverordnung (Physiotherapie) bei einem Rezidiv zwingend ein Urbeleg der Abrechnung beigelegt werden? Oder reicht alleine der Datensatz aus?	Es handelt sich um die Fallkonstellation im Sachverhalt 24.	In diesen Fällen muss immer zwingend der vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anhang A zum Vertrag als Urbeleg zusätzlich zum DTA eingereicht werden. Es wird empfohlen, die Vorderseite der ursprünglichen Blankoverordnung ebenfalls beizufügen.
26	Wie müssen Nachforderungen / Zuzahlungsforderung (VKZ 2+3) oder Korrekturrechnungen (VKZ 4) eingereicht werden, wenn sie sich auf eine Wiederaufnahme VKZ 10 beziehen?	Es handelt sich um folgende Fälle: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei der Wiederaufnahme VKZ 10 wurde etwas in der Abrechnung vergessen z.B. der Hausbesuch 20554 2. Zuzahlungsnachforderungen (siehe Sachverhalte 8–13), die sich auf einer Wiederaufnahme VKZ 10 beziehen. 3. Es handelt sich um Fälle mit VKZ 10 (Wiederaufnahme), bei denen die Rechnung ganz oder in Teilen von 	In diesen Fällen ist das Korrekturverfahren (VKZ 2, 3 und 4) wie in den anderen Sachverhalten der Umsetzungsempfehlung analog umzusetzen. Die Nachforderung bzw. Korrekturrechnung bezieht sich dann jedoch auf die Rechnung mit VKZ 10 anstatt auf die Rechnung mit VKZ 1,2 oder 4. Im URI-Segment müssen somit die Daten aus der Rechnung VKZ 10 herangezogen werden.

		der zuständigen Krankenkasse be- mängelt wurde.	
--	--	--	--