Vertrag nach § 125a SGB V

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R)
Berlin

und

dem Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)
Mettlach;

dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
Karlsbad

über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie und deren Vergütung vom 01.04.2024[1]

[1] Der Vertrag (inklusive der Anlagen 1-3) ist gemäß Schiedsspruch 2 HE 27-23 vom 14.12.2023 festgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen 3
Präambel 4
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages 5
§ 2 Besonderheiten bei der Erbringung von Leistungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung 5
§ 3 Gesetzliche Zuzahlung 7
§ 4 Zu veröffentlichende Richtwerte 7
§ 5 Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 8
§ 6 Maßnahmen der Qualitätssicherung 8
§ 7 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung 8
§ 8 Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung 8
§ 9 Abrechnung 8
§ 10 Information an die Verordnerin oder den Verordner 9
§ 11 Maßnahmen bei Vertragsverstößen 9
§ 12 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages 9
§ 13 Schlussbestimmungen 9

Begriffsbestimmungen

Indikationen für Verordnungen nach § 13a HeilM-RL	Ausgewählte Indikationen (Diagnosegruppen), die unter Berücksichtigung medizinisch-therapeutischer Gesichtspunkte zu Vertragsbeginn zunächst für die ergotherapeutische Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der „indikationsspezifischen Anlage“ vereinbart sind.
Behandlungseinheit/-termin	Ein Behandlungstermin definiert eine Behandlung, die pro Tag mit einer Therapiezeit von mindestens 30 und höchstens 180 Minuten stattfinden kann. Pro Behandlungstermin kann zusätzlich ein Zeitintervall à 15 Minuten für Vor- und Nachbereitung sowie Verlaufsdokumentation erbracht und abgerechnet werden.
Ampelsystem	In der „indikationsspezifischen Anlage“ festgelegtes System zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Zeitintervalle je Versicherten in der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung.
Zeitintervall	Aufgrund unterschiedlich möglicher Dauer werden ergotherapeutische Leistungen patientenindividuell in Zeitintervallen (ZI) à 15 Minuten abgegeben.
Ampelphasen	Ampelphasen „grün, gelb und rot“ mit je nach Diagnosegruppe unterschiedlicher Anzahl aufaddierter möglicher Zeitintervalle

Im Übrigen gelten die im Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V vereinbarten Begriffsbestimmungen auch für diesen Vertrag.

Präambel

Grundlage dieses Vertrages ist das gemeinsame Bestreben der Kostenträger und der Leistungserbringenden, die gesetzlich Versicherten unter den Gesichtspunkten von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gemäß § 70 SGB V mit ergotherapeutischen Leistungen zu versorgen.

Im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung bedeutet dies für die Leistungserbringenden im therapeutischen Prozess, stets auf Veränderungen in den Ressourcen der oder des Versicherten zu reagieren und die Therapieziele sowie die Therapieplanung jeweils flexibel anzupassen. Dabei sind der Einbezug der Versicherten durch eine patientenzentrierte Vorgehensweise und eine evidenzbasierte Therapiedurchführung Grundlage für die therapeutischen Entscheidungen und sichern durch nachhaltige Ergebnisse eine wirtschaftliche Leistungserbringung.

Die Vertragsparteien unterstützen sich gegenseitig zur bestmöglichen Erreichung dieses gemeinsamen Zieles. Alle vereinbarten Regelungen dienen diesem Zweck und sind unter diesem Gesichtspunkt anzuwenden.

Der Vertrag und dessen Anwendung basieren auf vertrauensvoller Zusammenarbeit.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125a SGB V Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sogenannte Blanko-Verordnung). Er gilt für alle zugelassenen Leistungserbringenden nach § 124 Absatz 1 SGB V in der Ergotherapie. Dieser Vertrag muss jedoch nicht gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anerkannt werden. Der Vertrag gilt ausschließlich für Heilmittelverordnungen, die nach § 73 Absatz 11 SGB V i. V. m. § 13a HeilM-RL ausgestellt wurden. Die zugelassenen Leistungserbringenden sind verpflichtet, Leistungen auf Grundlage dieser Verordnungen basierend auf diesem Vertrag zu erbringen.

(2) Gegenstand dieses Vertrages sind die Vorgaben bei der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, bei der die Leistungserbringenden aufgrund einer durch eine Verordnende oder einen Verordnenden festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung (vgl. § 3 Absatz 5 HeilM-RL) selbst über die Auswahl des oder der Heilmittel, die Therapiefrequenz und die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie pro Blanko-Verordnung unter Berücksichtigung von § 13a Absatz 2 HeilM-RL bestimmen können.

(3) Soweit dieser Vertrag keine Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie oder des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V vorsieht, gelten diese auch für die Leistungserbringung nach Maßgabe dieses Vertrages.

(4) Die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie mit erweiterter Versorgungsverantwortung richtet sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1-3:

a) Indikationsspezifische Anlage (Anlage 1)
b) Vergütungsvereinbarung inkl. Zeitintervalle (Anlage 2)
c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)

Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

(5) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nicht von Leistungserbringenden nach § 124 Absatz 5 SGB V abgegeben werden. Darüber hinaus sind die Vorschriften für Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 73 Absatz 11 SGB V i. V. m. den Regelungen dieses Vertrages für Krankenhausärztinnen und -ärzte im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V nicht anwendbar. Demnach können im Rahmen des Entlassmanagements keine Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgestellt werden.

§ 2 Besonderheiten bei der Erbringung von Leistungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur für die in den jeweiligen indikationsspezifischen Anlagen genannten Indikationen erbracht werden. Die Auswahl des Heilmittels darf gem. § 13a Absatz 1 lit. g) HeilM-RL nur im Rahmen der im Heilmittelkatalog für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen, dies gilt auch für die

thermische Anwendung, die Herstellung temporärer ergotherapeutischer Schienen und die Gruppenbehandlung. Nichtverordnungsfähige Heilmittel gemäß § 5 der HeilM-RL dürfen auch im Rahmen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Entsprechendes gilt auch bei Verordnungssauschlüssen nach § 6 der HeilM-RL.

(2) Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung sind gemäß § 13a Absatz 2 Satz 2 der HeilM-RL bei Maßnahmen der Ergotherapie maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig. Damit ist sichergestellt, dass auch bei der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in vertretbaren Abständen ein erneuter Arztkontakt stattfindet, um die medizinische Indikation für eine Heilmitteltherapie zu überprüfen.

(3) Mehrere zeitlich aufeinanderfolgende Verordnungen mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung zu derselben Diagnose (ICD-10-zweistellig z. B. F6, F7) und derselben Diagnosegruppe sind möglich.

(4) Parallele Verordnungen mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung für unterschiedliche Diagnosen (ICD-10-zweistellig z. B. F6, F7) und/oder unterschiedliche Diagnosegruppen sind ebenfalls möglich. Ergänzend zu § 3 Absatz 7 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V gilt, dass auf Grund derselben Diagnose (ICD-10-zweistellig z. B. F6, F7) und derselben Diagnosegruppe je Versicherten im Zeitraum der Gültigkeit der Verordnung gemäß § 2 Absatz 2 keine weitere Heilmittelverordnung nach § 125 und/oder § 125a SGB V von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden durchgeführt werden darf.

(5) § 7 Absatz 5 Satz 1 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V gilt mit der Maßgabe, dass die Therapie bis zum Ende der maximalen Gültigkeit der Verordnung durchzuführen ist, sofern im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel nicht vor Ablauf der maximalen Gültigkeit der Verordnung gemäß Absatz 2 Satz 1 erreicht wird.

(6) Abweichend von § 16 Absatz 4 der HeilM-RL und § 7 Absatz 3a des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V führen Unterbrechungen von länger als 14 Kalendertagen nicht dazu, dass die Heilmittelverordnung ihre Gültigkeit verliert. Eine Begründung der Unterbrechungen, die länger als 14 Kalendertage dauern, ist nicht erforderlich. Wird aufgrund der Länge der Unterbrechung die Erreichung des Therapieziels gefährdet, wird die Behandlung beendet. Eine Unterbrechung innerhalb der Gültigkeit der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (16-Wochen-Frist) führt nicht zu einer Verlängerung der Gültigkeit.

(7) Die Regelungen der § 6 Absatz 4 und 6 sowie § 7 Absatz 5 Sätze 2 bis 4 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V gelten nicht/finden keine Anwendung.

(8) Wird im Verlauf der Therapie vor dem Ende der Gültigkeit der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung das angestrebte Therapieziel erreicht, wird die Therapie beendet. Wird die Therapie abgebrochen, informiert der oder die Leistungserbringende die Verordnende oder den Verordnenden hierüber. Abweichend von § 7 Absatz 2 und 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V ist keine Dokumentation auf der Verordnung erforderlich.

(9) Hat die Verordnerin oder der Verordner auf der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung keinen Hausbesuch verordnet, ist die Durchführung eines Hausbesuches nicht möglich. Auch bei einer Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung kann eine Änderung auf „Ja“ im Feld „Hausbesuch“ ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen. Sofern die Verordnerin oder der Verordner auf der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung einen Hausbesuch verordnet hat, ist die oder der Leistungserbringende berechtigt, nach Absprache mit der oder dem Versicherten die Heilmittelbehandlung gemäß § 11 Absatz 1 HeilM-RL in der häuslichen Umgebung oder in den zugelassenen Praxisräumen durchzuführen.

(10) Abweichend zu § 5 Absatz 1 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V wird bei Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung die abgegebene Leistung von der oder dem Leistungserbringenden auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder mittels Abkürzungen, z.B. gemäß Anlage 2 Vergütungsvereinbarung, unter Angabe des Datums sowie der Therapiezeit notiert.

(11) § 7a des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung gilt auch für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag.

§ 3 Gesetzliche Zuzahlung

(1) Die oder der zugelassene Leistungserbringende klärt die Versicherte oder den Versicherten vor Beginn der Behandlung darüber auf, dass es der oder dem Leistungserbringenden obliegt nach medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungstermine zu entscheiden, wodurch die Höhe der gesetzlich festgelegten Zuzahlung variieren kann.

(2) Die oder der Versicherte ist über die voraussichtlich zu erwartende Höhe der Zuzahlung und über mögliche Rückzahlungsansprüche bei zu viel entrichteter Zuzahlung schriftlich zu informieren. Von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden zu viel eingezogene Zuzahlungen sind von dieser oder diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Quittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V muss entsprechend geändert werden.

§ 4 Zu veröffentlichende Richtwerte

Gemäß § 125a Absatz 2 Nr. 5 SGB V veröffentlicht der GKV-Spitzenverband quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 i. V. m. § 84 Absatz 5 SGB V zusätzlich die durchschnittlich abgerechneten Zeitintervalle je Diagnosegruppe und je Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Diese Richtwerte stellen keine Grundlage für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen den Leistungserbringenden und den Vertragspartnern als Orientierungshilfe dienen.

§ 5 Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Vertragspartner übermitteln dem BMG einen Zwischenbericht und einen Bericht gemäß § 125a Absatz 6 SGB V. Darin werden insbesondere die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen, die Mengenentwicklung, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität dargelegt. Der Bericht kann auch separate Stellungnahmen der jeweiligen Vertragspartner enthalten.

§ 6 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Ergänzend zu § 14 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V hat die oder der zugelassene Leistungserbringende zur Sicherung der Qualität die Dokumentation des Therapieplans, insbesondere der Auswahl der Heilmittel oder des Heilmittels sowie der Frequenz, Dauer und Anzahl der Behandlungstermine auf Grundlage ihrer medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit, zu gewährleisten.

§ 7 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

(1) Die Leistungen müssen gemäß § 12 Absatz 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringenden nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten. § 70 SGB V gilt entsprechend.

(2) Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen in der Anzahl der Zeitintervalle je Versicherte oder Versicherten gemäß § 125a Absatz 2 Nr. 6 SGB V dient das vereinbarte Ampelsystem nach Anlage 1 (Indikationsspezifische Anlage).

§ 8 Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Zeitintervalle je Versicherten

Zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Zeitintervalle je Versicherten gemäß § 7 Absatz 2 sind die vereinbarten Regelungen gemäß der indikationsspezifischen Anlage zu beachten.

§ 9 Abrechnung

(1) Bei der Abrechnung muss im Datensatz nach § 302 SGB V bei der Schlüsselbezeichnung „Kennzeichen Verordnungsart bei Heilmitteln“ in der Schlüsselbeschreibung „Art der Heilmittelverordnung“ die Kennzeichnung „05“ (Verordnung nach § 13a HeilM-RL („Blanko-Verordnung“)) verpflichtend angegeben werden.

(2) Die Rechnungsstellung erfolgt für alle beendeten Verordnungen.

§ 10 Information an die Verordnerin oder den Verordner

(1) Leistungserbringende haben Informationen über die erfolgte Behandlung an die Verordnerin oder den Verordner nur dann zu übermitteln, wenn auf einer Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ein Therapiebericht angefordert wurde.

(2) Mindestinhalte der Information an die Verordnerin oder den Verordner sind:
- Geplantes Therapieziel
- Darstellung der erzielten Behandlungsergebnisse
- Angewendete Heilmittel und Anzahl der Behandlungstermine
- Angabe ZI pro Blanko-VO
- Angabe der Frequenz

§ 11 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Abweichend von § 20 Absatz 1c) und Absatz 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V bezieht sich die Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5 % ausschließlich auf den Vorjahresumsatz aus der jeweils betroffenen Versorgungsform.

§ 12 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Vertrag insgesamt oder einzelne Anlagen können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, erstmals zum 31.12.2025, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag oder einzelne Anlagen können durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder anderseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.

(2) Für das Inkrafttreten und die Beendigung des Vertrages gelten darüber hinaus die Regelungen gemäß § 21 Absatz 3 bis 5 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V entsprechend.

§ 13 Schlussbestimmungen

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der vereinbarten Zielsetzung dieses Vertrages am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist. Einvernehmliche Änderungen des Vertrages sind jederzeit möglich.

(2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.

(3) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner unterstützen sich gegenseitig bei der Erfüllung dieses Vertrages und bei Erfüllung anderer Aufgaben, die die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln betreffen. Dazu tauschen sich die Vertragspartner mindestens zweimal jährlich aus.

(4) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam unverzüglich geklärt.