

Zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V., Karlsbad,

– nachfolgend DVE genannt –

und

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

wird folgender

**R a h m e n v e r t r a g**  
nach § 125 Abs. 2 SGB V

geschlossen:

## **§ 1**

### **Geltungsbereich des Vertrages**

1. Dieser Vertrag gilt für
  - a) die AOK Baden-Württemberg,
  - b) Leistungserbringer, die Mitglied bzw. Nicht-Mitglied des DVE sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 4) dieses Vertrages unterzeichnen und Ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
2. Die alleinige Unterzeichnung der Anerkenniserklärung (Anlage 4) bewirkt noch keine Zulassung.

## **§ 2**

### **Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt:
  - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit ergotherapeutischen Leistungen nach § 32 Abs. 1 SGB V,
  - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung,
  - c) die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie
  - d) die Folgen von Vertragsverstößen.
2. Anlage 1: Zulassungsregelungen,  
Anlage 2: Fortbildungsverpflichtung  
Anlage 3: Leistungsbeschreibung,  
Anlage 4: Anerkenniserklärung und  
Anlage 5: Preisvereinbarung  
  
sowie evtl. Protokollnotizen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.
3. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
4. Die Bestimmungen dieses Vertrages sowie die Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene (nachfolgend Leistungserbringer genannt) nach § 124 Abs. 2 SGB V einzuhalten.

### § 3

#### **Art, Umfang und Abgabe der Leistungen**

1. Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 3) berechtigt und verpflichtet.
2. Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen nach Ziffer 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.
3. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Leistungserbringern und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.
4. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
5. Vertragsärztlich verordnete Hausbesuche können vom nächstliegenden Leistungserbringer ohne zwingenden Grund nicht abgelehnt werden.
6. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem nach § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.

### § 4

#### **Verordnung / Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt / Behandlungsdurchführung**

1. Vertragsleistungen (Anlage 3) dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind (Verordnungsmuster 18). Die Verordnung hat dabei die Angaben zu enthalten, die in § 13 Abs. 2 Heilmittel-Richtlinie gelistet sind.
2. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung mit Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen, der zum Ausdruck bringt, dass die Verordnung in dieser Form ärztlicherseits gewünscht wird. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beigefügt werden. Die Veränderung oder Ergänzung kann auch nach telefonischer Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt durch den Leistungserbringer vorgenommen werden. Die vom Vertragsarzt genehmigten Änderungen der Verordnung sind mit Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt zu vermerken. Die Veränderung oder Ergänzung nach telefonischer Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt gilt nicht für eine Veränderung der Angabe des Heilmittels, der Diagnose und der Anzahl der Behandlungen.
3. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
4. Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe dort vom Versicherten (nachfolgend Patient genannt) oder einer legitimierten Person durch Unterschrift einzeln zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig.

5. Der Leistungserbringer und seine Mitarbeiter kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
6. a) Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 14 Kalendertage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links sichtbar auf der Rückseite der Verordnung.)

Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Leistungserbringer den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen und mit Datum und Handzeichen zu versehen. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung).

- b) Für die Behandlungsunterbrechung / Behandlungsdurchführung gilt folgendes:

Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Bei der Behandlungsserie darf das Behandlungsintervall zwischen den einzelnen Behandlungstagen 14 Kalendertage nicht überschreiten. Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit des Patienten bzw. der erforderlichen Begleitperson/behandelnden Leistungserbringers (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/behandelnden Leistungserbringers (F). Der Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den standardisierten Begründungsvermerken unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.)

Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Leistungserbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer ein abweichendes Vorgehen bzw. die ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.)

Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu

informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.

Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

c) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Der Leistungserbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt über den Stand der Therapie, sofern der verordnende Vertragsarzt gegen Ende einer Behandlungsserie gemäß dem Verordnungsvordruck schriftlich über den Stand der Therapie informiert werden will.

7. Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
8. Der Leistungserbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
9. Für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne der Ziffern 6 a) und b) besteht kein Vergütungsanspruch.

## **§ 5**

### **Organisatorische Voraussetzungen**

1. Der Leistungserbringer / fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig persönlich in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die Durchführung der Behandlung durch berufsrechtlich qualifizierte angestellte (Anlage 1 Ziffer 1 a) oder freie Mitarbeiter (Anlage 1 Ziffer 1 a) sicherzustellen.

Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen sowie Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen im Kalenderjahr.

2. Die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) ist über den Beginn und die Beendigung zulassungsrelevanter Personalveränderungen (z. B. fachliche Leitung) unverzüglich schriftlich zu informieren. Hierbei sind die Voraussetzungen (Anlage 1 Ziffer 1 a) sowie die zusätzlichen Behandlungsräume und –flächen nach den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung nachzuweisen.
3. Der Leistungserbringer ist auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.
4. Der Leistungserbringer hat die Praxisräume bzw. –flächen nach den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung nachzuweisen und während der Öffnungszeiten ständig für die Behandlung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg bereit zu halten. Zulassungsrelevante Änderungen an den Praxisräumen sind der zuständigen AOK-Bezirksdirektion unverzüglich mitzuteilen.

## § 6

### Vertretung

1. Der Leistungserbringer / fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes nach dem Bundeselterngeld –und Elternzeitgesetz (BEEG) oder entsprechenden Regelungen der Bundesländer in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1 a) erfüllen. Die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) ist zuvor über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum mit den Nachweisen über die Qualifikation des Vertreters schriftlich zu informieren.
2. Vertretungen über die in Ziffer 1 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung der zuständigen AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a). Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im voraus schriftlich zu beantragen. Der Leistungserbringer hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1 a) erfüllt.
3. Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffer 1 und 2 im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
4. Bei Tod des Leistungserbringers gilt die Zulassung bis zu 6 Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch eine Fachkraft sichergestellt ist, welche die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1 a) erfüllt. Die zuständige AOK-Bezirksdirektion ist zu informieren.

## § 7

### Wahl des Leistungserbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) gibt ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der zugelassenen Leistungserbringer bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig.

## § 8

### Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Der Zugelassene/Fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 2 beruflich fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Baden-Württemberg innerhalb eines Monats zu erbringen.
3. Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die in § 9 i. V. m. Anlage 2 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren,

so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Baden-Württemberg, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.04.2012 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Baden-Württemberg eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

4. Vom Beginn der Nachfrist an kann die AOK Baden-Württemberg die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.
5. Therapeutisch tätige Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 des § 8 Ziffer 2 gilt entsprechend.

## **§ 9**

### **Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Leistungserbringers, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

## **§ 10**

### **Prozessqualität**

1. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
2. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
  - Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt
  - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 3) sowie
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs (§ 10 Ziffer 4).
3. Der Leistungserbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
  - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
4. Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation (Anlage 3 Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

## **§ 11**

### **Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der vertragsärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Patienten.

## **§ 12**

### **Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdocumentation (§ 10 Ziffer 4) ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 13).

## **§ 13**

### **Datenschutz**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Patienten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
3. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

## **§ 14**

### **Vergütung**

1. Die Vergütung der vertraglich erbrachten Leistungen erfolgt nach der Preisvereinbarung (Anlage 5) in der jeweils geltenden Fassung.
2. Für die Preisvereinbarung gilt die jeweils dort vereinbarte Kündigungsfrist. Wird die Preisvereinbarung gekündigt, gelten die vereinbarten Preise bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter. Die Vergütung wird grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.
3. Der DVE stellt rechtzeitig zu den jeweiligen Preisverhandlungen kostenlos die vorliegenden Frequenzstatistiken über die abgerechneten Leistungen des Vorjahres zur Verfügung.
4. Vom Patienten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 Abs. 2 SGB V) keine Zuzahlungen verlangt werden. Zahlt der Patient trotz einmaliger, gesonderter schriftlicher Aufforderung durch den Leistungserbringer die Zuzahlung nicht, hat die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) die Zuzahlung einzuziehen (§ 43 b SGB V).

## § 15

### Abrechnungsregelung

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" in der jeweils geltenden Fassung.
2. Die AOK Baden-Württemberg kürzt dem Leistungserbringer bis zu 5% des Rechnungsbetrages, wenn aus Gründen, die er zu vertreten hat, die Daten nicht maschinell übermittelt werden (§ 303 SGB V).
3. Die Praxis benötigt für die Abrechnung ein Institutionskennzeichen (IK). Für jede weitere zugelassene Praxis (Zweitpraxis) ist ein gesondertes IK zu beantragen und zu verwenden.
4. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Behandlung unter Vorlage der Originalverordnung.
5. Leistungen, die von angestellten bzw. freien Mitarbeitern erbracht werden, können als Behandlungen des Leistungserbringers abgerechnet werden.
6. Der Leistungserbringer haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen im gleichen Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
7. Wird bei verordneten Hausbesuchen ohne zwingenden Grund nicht einer der nächstgelegenen Leistungserbringer in Anspruch genommen, so hat der Patient die entsprechenden Mehrkosten für Wegegeld selbst zu tragen. Der Leistungserbringer soll den Patienten über evtl. Mehrkosten aufklären. Die Mehrkosten werden dem Patienten von der jeweiligen zuständigen AOK-Bezirksdirektion direkt in Rechnung gestellt. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK Baden-Württemberg wird davon nicht berührt.
8. Für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen muss einmal monatlich die Abrechnung erstellt und den von der AOK Baden-Württemberg benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden.
9. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweils zuständigen AOK-Bezirksdirektion. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
10. Maßgeblich für die Berechnung des Verzugs ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein (insbesondere sei auf die Felder oben rechts sowie das Abgabedatum und die Unterschrift des Empfangsberechtigten hingewiesen). Zusammengehörige Abrechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang geliefert werden (in der Regel längstens 2 Wochen).
11. Auf dem Urbeleg (z. B. Verordnungsblatt) ist die entsprechende Rechnungsnummer auf der Vorderseite oben rechts aufzutragen, es sei denn, der Urbeleg sieht ein entsprechendes Feld vor. Zusätzlich ist jeder Urbeleg mit einer eindeutigen Nummer (Belegnummer) des Abrechnungsfalles zu versehen, die innerhalb einer Gesamtrechnung die Identifizierung des Urbelegs sicherstellt. Die Belegnummer innerhalb einer Gesamtrechnung muss der eindeutigen Nummerierung im Datensatz entsprechen.

12. Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, nicht korrekt gestellte Abrechnungen abzuweisen.
13. Sollte es zu einem Zahlungsverzug kommen, ist die erforderliche Mahnung hinreichend konkret zu stellen (z. B. Angabe der vollständigen Einzelrechnungsnummer).
14. Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweis-pflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. Ersatzbelegs und der Verordnungen bei der AOK Baden-Württemberg.
15. Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen des Leistungserbringers gegen die AOK Baden-Württemberg ist unzulässig. Ausgenommen davon sind Abtretungen an Ab-rechnungsstellen.
16. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die Verjährungsfristen (§ 195 Abs. 1 Nr. 7 BGB).
17. Bei Unstimmigkeiten zwischen den aus Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben und der Abrechnung hat die AOK Baden-Württemberg das Recht, insoweit Beträge ein-zubehalten oder zurückzufordern.
18. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesver-triebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversor-gungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfsG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der AOK Ba-den-Württemberg zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

## **§ 16**

### **Wirtschaftlichkeit**

1. Die Wirtschaftlichkeit ist als "Zweck-Mittel-Relation" zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder – insbesondere bei chronischen Erkrankungen – mit gegebenen Therapie-maßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
2. Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
  - Anwendung des verordneten Heilmittels nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 3)
  - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt
  - Fristgerechter Behandlungsbeginn
  - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
  - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
  - Behandlungsfrequenz
  - Status/Zustand und Kooperation des Patienten

## **§ 17**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

1. Die AOK Baden-Württemberg kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 16 Ziffer 2 einleiten. Der DVE kann solche Maßnahmen beantragen.
2. Die AOK Baden-Württemberg teilt dem zugelassenen Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist der DVE hinzuzuziehen.
3. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von der AOK Baden-Württemberg bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxisöffnungszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
4. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise.
5. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
6. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die AOK Baden-Württemberg nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen der Leistungserbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
7. Sofern Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Ziffer 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß nach § 19 vor und berechtigt die AOK Baden-Württemberg entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
8. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

## **§ 18**

### **Vertragspartnerschaft**

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. 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 geklärt.

## **§ 19**

### **Vertragsverstöße; Regressverfahren**

1. Erfüllt ein Leistungserbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene AOK Baden-Württemberg schriftlich verwarnen; die AOK Baden-Württemberg setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Leistungserbringer fest.
2. Nach erfolgloser Verwarnung, schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die AOK Baden-Württemberg im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 20)

nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,00 EURO festsetzen. Darüber hinaus kann die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) Ersatz des durch die Vertragsverletzung entstandenen Schadens verlangen. In Fällen wiederholten oder schwerwiegenden Vertragsverstößes kann die zuständige AOK-Bezirksdirektion (Anlage 1 Ziffer 2 a) die Zulassung sofort widerrufen. Der Vertragsausschuss kann beratend hinzugezogen werden.

3. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sachlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 13)
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
- Aufnahme von Leistungen nicht Zugelassener in die eigene Abrechnung.

## **§ 20**

### **Vertragsausschuss**

1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen der AOK Baden-Württemberg und den Leistungserbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus bis zu zwei Vertretern der AOK Baden-Württemberg einerseits und bis zu zwei Vertretern des DVE andererseits paritätisch zusammen.
2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 21**

### **Inkrafttreten**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.04.2012 in Kraft.
2. Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2013 durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels. Teilkündigungen einzelner Anlagen zu diesem Rahmenvertrag sind möglich.
3. Die Gültigkeit dieses Rahmenvertrages wird durch eine Kündigung der Preisvereinbarung (Anlage 5) nicht berührt.
4. Der Rahmenvertrag zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) e.V. und den Verbänden der Krankenkassen vom 01.07.2002 erlischt mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages.
5. Für bisher zugelassene Leistungserbringer gilt dieser Rahmenvertrag, ohne dass der Leistungserbringer eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
6. Anpassungen dieses Rahmenvertrages (z. B. evtl. Protokollnotizen) können auch ohne Kündigung vereinbart werden.

## **§ 22**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Karlsbad, Stuttgart, den 26.03.2012

---

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

---

AOK Baden-Württemberg