

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Ergotherapie nach § 125 Abs. 2 SGB V

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)
Becker-Göring-Str. 26/1
76307 Karlsbad

**nachfolgend DVE genannt
als Vertragspartner einerseits**

und

der AOK Bremen/Bremerhaven,

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

sowie

der IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband
für das Land Bremen

**nachfolgend Krankenkassen genannt
als Vertragspartner andererseits**

Leistungserbringergruppenschlüssel: 26 04 000

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag und seinen Anlagen die männliche Sprachform gewählt. Wenn Personen in männlicher Form genannt werden, so ist die weibliche mit eingeschlossen.

Inhalt

Präambel	3
§ 1 Gegenstand	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Verordnung	4
§ 4 Leistung und Leistungserbringung	5
§ 5 Leistungserbringer	6
§ 7 Vertretung	7
§ 8 Wahl des Leistungserbringers / Werbung	7
§ 9 Haftung	8
§ 10 Qualität	8
§ 11 Wirtschaftlichkeit	9
§ 12 Dokumentation	9
§ 13 Datenschutz	10
§ 14 Vergütung und Abrechnung	10
§ 15 Vertragserfüllung und Prüfrecht	12
§ 16 Vertragsausschuss	13
§ 17 Vertragsverstöße	13
§ 18 Inkrafttreten/Kündigung	14
§ 19 Schriftform	14
§ 20 Salvatorische Klausel	14

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten maßgebliche Spitzenorganisation haben auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Heilmittelrichtlinie/ HeilM-RL) eine gemeinsame Rahmenempfehlung gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Ergotherapie abgegeben.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer gemäß § 125 Abs. 2 SGB V.

Der DVE stellt sicher, dass die Inhalte des folgenden Vertrages zeitnah und umfassend seinen Mitgliedern übermittelt werden.

§ 1 Gegenstand

- (1) Dieser Vertrag regelt unter Berücksichtigung der jeweils geltenden HeilM-RL gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Einzelheiten der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen für die Versicherten:
 - a) Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen,
 - b) Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
 - c) Art und Umfang der Leistungen,
 - d) Vergütung und Abrechnung der Leistungen.

- (2) Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 – 5
 - 1 Anerkennniserklärung,
 - 2 Leistungsbeschreibung,
 - 3 Angaben auf der Verordnung,
 - 4 Vergütungsvereinbarung,
 - 5 Fortbildungsvereinbarung.

Die Anerkennniserklärungen der nach § 124 SGB V bereits zugelassenen Mitgliedern des DVE werden den Krankenkassen seitens des DVE unterzeichnet zur Verfügung gestellt.

- (3) Die Durchführung einer Behandlung auf Grundlage dieses Vertrages darf nur von hierfür gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen und nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der jeweils geltenden Fassung zugelassenen Leistungserbringern erfolgen.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für

- (1) die AOK Bremen/Bremerhaven, die Betriebskrankenkassen, Knappschaft und Mitgliedskassen des IKK-Landesverbandes für das Land Bremen,
- (2) für Mitglieder des DVE, sofern sie die Anerkennniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist;

- (3) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied des DVE sind, sofern sie die Anerkennnis-erklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.

§ 3 Verordnung

- (1) Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt mit seiner Verordnung entsprechend der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) sowie der Zulassung nach § 124 SGB V berechtigt und verpflichtet. Grundsätzlich ist er an die vertragsärztliche Verordnung gebunden, es sei denn, eine einvernehmliche Änderung ist gemäß geltender HeilM-RL, der Anlage 3 dieses Vertrags sowie der Absätze 4 und 5 möglich.
- (2) Für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln arbeitet der die Verordnung ausführende Therapeut in zulässiger Art und Weise (vgl. § 128 SGB V) eng mit dem verordnenden Arzt zusammen.
- Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahmen verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Leistungserbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Die Leistungserbringer haben eigenverantwortlich die Verordnung auf aus ihrer professionellen Sicht erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu prüfen. Verantwortung bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass die Konformität/ Plausibilität der Verordnung mit der HeilM-RL gegeben sein muss, d.h. hierzu gehört auch der Abgleich zwischen der Diagnose (im Klartext, falls dieser nicht vorhanden, anhand des ICD-10-Codes) und dem Indikationsschlüssel.
- (5) Die Anlage 3 konkretisiert die Formerfordernisse der HeilM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen der Ergotherapie.
- (6) Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen zu ändern oder zu ergänzen. Das gilt nicht für Abs. 1 (Art und Umfang der Leistung), § 4 Abs. 7 (Unterbrechung der Behandlung) und § 4 Abs. 8 (Beendigung der Behandlung) sowie für die, in Anlage 3 genannten Fälle.
- (7) Es ist unzulässig, anstelle verordneter Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen der Krankenkasse nicht, und vorzeitig beendete Behandlungen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang, in Rechnung gestellt werden.
- (8) Der vertragsärztlichen Verordnung liegt gemäß geltenden HeilM-RL ein definierter Regelfall zugrunde. Alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls unterliegen der Genehmigungspflicht der Krankenkassen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen und den DVE. Nimmt eine Krankenkasse eine Änderung des Genehmigungsverfahrens nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL vor, so soll sie den DVE nach Möglichkeit mindestens 3 Monate im Voraus informieren.
- (9) Bei genehmigungspflichtigen Verordnungen außerhalb des Regelfalls sollte der Leistungserbringer den Versicherten darauf hinweisen, dass der zuständigen Krankenkasse die Verordnung zur Genehmigung vorzulegen ist. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ist die Vorlage der Kopie der Verordnung ausreichend. Liegt die

Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

- (10) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (11) Der Leistungserbringer kann die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen. Der verordnende Arzt ist hierüber zu informieren.
- (12) Es sind nur die vom Vertragsarzt verordneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen HeilM-RL abzugeben. Hierzu gehören auch die vertragsärztlich verordneten Hausbesuche.
- (13) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, informiert der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat und unterbricht die Behandlung. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (14) 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, informiert der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, , um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

§ 4

Leistung und Leistungserbringung

- (1) 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.
- (2) Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Ergotherapie auf der Grundlage einer ergotherapeutischen Diagnostik, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere zum Inhalt der einzelnen Leistungen sowie deren Regelbehandlungszeit regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 2).
- (3) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in dieser Richtlinie mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.
- (4) Der Umfang der einzelnen Heilmittel und die Anwendungsfrequenz sind in der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt.
- (5) Der Leistungserbringer sollte darüber hinaus entsprechend der therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
 - a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
 - b) Versicherte und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.

- (6) Die abgegebene Therapie sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich d.h. im Wortlaut und unter Angabe des Datums darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten oder eine legitimierte Person durch Unterschriftsleistung auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs, die Übermittlung eines Therapieberichtes sowie Wegegeld oder Wegegeldpauschale sind nicht zu bestätigen.
- (7) Wird die Behandlung um einen längeren als den in der jeweils geltenden HeilMRL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraum länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.
- (8) Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung oder verspäteter Behandlungsbeginn in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Versicherten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Versicherten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle bzw. den verspäteten Behandlungsbeginn mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf der Rückseite des Ordnungsblattes. Der Therapeut hat zu gewährleisten, dass durch die Unterbrechung oder Verspätung des Behandlungsbeginns das Therapieziel nicht gefährdet ist. Sofern das Therapieziel aus therapeutischer Sicht gefährdet ist, verpflichtet sich der Therapeut mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufzunehmen, um den weiteren Therapieverlauf abzustimmen.
- (9) Wird im Verlauf der Behandlung das Therapieziel vor dem Ende der Verordnungsmenge erreicht, ist die Behandlung in Abstimmung mit dem Arzt zu beenden.
- (10) Die Durchführung der Behandlung darf nur in der gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxis erfolgen, es sei denn, es liegt ein vertragsärztlich verordneter Hausbesuch vor.
- (11) In diesem Zusammenhang ist der Leistungserbringer verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen, sofern er der nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer ist.
- (12) Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Leistungserbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Leistungserbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (13) Werden einer therapeutischen Fachkraft in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 5 Leistungserbringer

- (1) Voraussetzung zur Abgabe von Leistungen nach diesem Vertrag ist die Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) und die Anerkennung dieses Vertrages gemäß der Erklärung nach Anlage 1 bzw. nach § 2 Abs. 2.

- (2) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden angestellte und freie Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen Behandlungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzung gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
- (3) Zulassungsrelevante Personalveränderungen, ein Wechsel der fachlichen Leitung sowie eine Aufstockung der Anzahl der therapeutischen Vollzeitäquivalente sind unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.
- (4) Der Zugelassene/fachliche Leiter, seine therapeutisch tätigen, freien und angestellten Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich fachspezifisch fortzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung des DVE oder der Krankenkasse innerhalb eines Monats zu erbringen.

Konkrete Rahmenbedingungen für Zugelassene/fachliche Leiter in Bezug auf die Fortbildungsverpflichtung ergeben sich aus der Fortbildungsvereinbarung (Anlage 5).

Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 5 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.

- (5) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat ganztägig¹ als Behandler in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen und/oder die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten der Krankenkassen in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von acht Wochen.

§ 7 Vertretung

- (1) Bei Zeiträumen, die über § 6 Absatz 6 Satz 2 hinausgehen, kann die oder der Zugelassene/ die fachliche Leitung bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft/ Elternzeit entsprechend der Dauer der gesetzlichen Mutterschutzfrist/ Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/ Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in seiner Praxis vertreten werden. Der Zugelassene hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den zulassenden Stellen mindestens vier Wochen vor Beginn mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zulassende Stelle und sind vom Leistungserbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 8 Wahl des Leistungserbringers / Werbung

- (1) Der Versicherte kann unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

¹ Solange es keine bundeseinheitliche Regelung in den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 SGB V für den Begriff „ganztägig“ gibt, gehen die Vertragspartner von einer Anwesenheit in Höhe von mindestens 32 Wochenstunden aus.

- (3) Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die Anschriften der Leistungserbringer auf Anfrage oder in sonstiger geeigneter Weise bekannt.
- (4) Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach diesem Vertrag zu werben.
- (5) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig. Im Übrigen gilt § 128 SGB V.
- (6) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 9 Haftung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit. Er hat sich regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
- (2) Er haftet im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen für die Tätigkeit des Vertreters nach § 7 im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (Deckungssumme mindestens 1.500.000 Euro für Personenschäden) sowie gegebenenfalls zur Absicherung des Datenschutzrisikos abzuschließen und zu unterhalten. Das Bestehen der Versicherung ist der jeweiligen Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen.

§ 10 Qualität

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, 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 sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.
- (3) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informiert der DVE seine Mitglieder dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale bau- oder gewerberechtliche Anforderungen zu beachten.
- (4) Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (5) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- a) Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten,
 - c) ergotherapeutische Diagnostik,
 - d) Anwendung des verordneten Heilmittels,
 - e) Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 4),
 - f) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs und
 - g) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß § 12.
- (6) 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 ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

§ 11 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.
- Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) 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 Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (3) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
- a) Abstimmung der Ergebnisse der ergotherapeutischen Diagnostik mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 4),
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 5),
 - d) fristgerechter Behandlungsbeginn,
 - e) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit,
 - f) Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels,
 - g) Behandlungsfrequenz,
 - h) Status/Zustand und Kooperation des Versicherten.

§ 12 Dokumentation

- (1) Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Die Verlaufsdokumentation ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer

hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 13). Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f BGB Bürgerliches Gesetzbuch (Patientenrechtegesetz) zu beachten.

§ 13 Datenschutz

- (1) Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, zugänglich machen oder sonst nutzen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person der/ des Versicherten und deren/ dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Krankenkassen, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.

- (2) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.
- (3) Der Leistungserbringer und seine für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter sowie ein von ihm mit der Abrechnung beauftragter Dritter unterliegen hinsichtlich der im Rahmen dieses Vertrages bekanntgewordenen Daten und Vertraulichkeiten über das Vertragsende hinaus der Geheimhaltungspflicht.

§ 14 Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütungen für ergotherapeutische Leistungen werden ausschließlich für die gemäß den HeilM-RL nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in dem Vertrag umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- (2) Die erbrachten Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 4 vergütet. Die genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) Die Vergütung sollte grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- (4) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43c SGB V vom Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Leistungserbringer zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
- (5) Zahlen Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.
- (6) Eine Zuzahlung für die ergotherapeutischen Schiene sowie für die Übermittlung des Therapieberichtes wird nicht erhoben.
- (7) Vom Versicherten sind mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 Abs. 2 SGB V) keine Zahlungen zu fordern.

- (8) Der Vergütungsanspruch für abgegebene Leistungen wird fällig, wenn die Behandlung abgeschlossen ist. Dies ist der Fall, wenn die vom Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt verordneten Leistungen erbracht sind oder die Behandlung abgebrochen werden musste. Abgebrochene Behandlungsfälle sind besonders zu kennzeichnen. Bei Verlust der Verordnungsblätter sind die erbrachten Leistungen vom Leistungserbringer nachzuweisen. Teilabrechnungen sind in Abstimmung mit der Krankenkasse möglich.
- (9) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses der Leistungserbringung, bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der Krankenkassen verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung.
- (10) Ungerechtfertigte Abrechnungen werden von dieser Frist nicht berührt.
- (11) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach §§ 302 und 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt.
- (12) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen und ist im auf die letzte Behandlung folgenden Monat bei der Krankenkasse oder einer von ihr benannten Rechnungsprüfstelle einzureichen.
- (13) Die Bezahlung von auf maschinell verwertbaren Datenträgern eingereichten Rechnungen ist innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) fällig.
Erfolgt die Abrechnung auf Papierabrechnungen, beträgt die Zahlungsfrist 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen.
Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.
- (14) Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein.
- (15) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen können dabei verrechnet werden und sind mit dem Leistungserbringer zu klären.
- (16) Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen für nicht oder nicht vertragsgerecht erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhaltes durch die Krankenkasse zu laufen.
- (17) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die Rechnungsprüfstelle den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (18) Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle (Abs. 15) erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung (Differenzprotokoll).
- (19) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse, die die Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung

erfolgt, ist beizufügen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgelhilfe des Leistungserbringers (§ 278 BGB).

- (20) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

§ 15

Vertragserfüllung und Prüfrecht

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Leistungserbringer und der DVE haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sind nach Möglichkeit zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer zu bereinigen. Wird eine Einigung nicht erzielt, so sind die jeweilige Krankenkasse und der DVE einzuschalten.
- (3) Die Krankenkasse kann Maßnahmen zur Prüfung der sich im Rahmen der Qualitätssicherung ergebenden Pflichten und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 11 Abs. 3 einleiten. Der DVE kann solche Maßnahmen beantragen.
- (4) Die Krankenkasse teilt dem zugelassenen Therapeuten die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig – mindestens 14 Tage im Voraus – mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist der DVE hinzuzuziehen.
- (5) Eine unangemeldete Prüfung ist in speziellen und begründeten Fällen, wie z.B. Verdacht auf Abrechnungsmanipulationen, Schädigung von Versicherten oder grober Pflichtverletzung, möglich.
- (6) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von der Krankenkasse bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (7) 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 Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise.
- (8) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfahren die Krankenkassen gemäß §§ 16 und 17 dieses Vertrages.
- (9) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 16 Vertragsausschuss

- (1) Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet.
- (2) Der Vertragsausschuss wird paritätisch aus Vertretern beider Vertragsparteien besetzt. Der Vorsitz im Vertragsausschuss wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertragsparteien. In der ersten Sitzung führt die antragstellende Partei den Vorsitz. Die Geschäftsführung liegt bei der Vertragspartei, deren Vertreter den Vorsitz führt.
- (3) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens je zwei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern der Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Vertragsausschuss wird auf Antrag des DVE oder einer Krankenkasse tätig. Er ist vom Vorsitzenden einzuberufen und soll innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung zusammentreten. Ort und Zeitpunkt werden zwischen den Vertragsparteien abgesprochen. Der Leistungserbringer und die beteiligten Krankenkassen können an der Ausschusssitzung teilnehmen; die Beratung und Abstimmung erfolgt ohne sie.
- (5) Über die Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, sie muss mindestens den Ort und den Zeitpunkt der Sitzung, die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter der anderen Vertragspartei zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschussmitgliedern, dem Leistungserbringer, den beteiligten Krankenkassen und dem DVE zu übersenden.

§ 17 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt ein zugelassener Vertragspartner die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so können ihn die Krankenkassen schriftlich abmahnen; die Krankenkassen setzen eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Vertragspartner fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen können die Krankenkassen nach erfolgter Anhörung unter Einbeziehung von Vertretern des DVEs eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 Euro festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist ein weiterer Schaden zu ersetzen. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 13),
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- Erhebung von Aufzahlungen, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinaus gehen,
- Verzicht auf die gesetzliche Zuzahlung,

- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt, außer in Anlage 3 entsprechend geregelt
- Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung,
- Manipulation von Abrechnungsdaten,
- Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen.

§ 18 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2017 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 30.04.2018 schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.
- (3) Die Kündigung durch eine Vertragspartei berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.
- (4) Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.
- (5) Für die Vergütungsvereinbarung gelten gesonderte Kündigungsfristen, die in der Anlage 4 geregelt sind.
- (6) Bei Änderungen der HeilM-RL und der Rahmenempfehlungen werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

§ 19 Schriftform

Sämtliche Vertragsanpassungen bzw. Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform.

§ 20 Salvatorische Klausel

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so soll dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt werden. Dieser soll dann vielmehr so durchgeführt werden, dass er seinen Zweck bestmöglich erfüllt. Im Übrigen verpflichten sich die Vertragsparteien, rechtsunwirksame Bestimmungen durch im Ergebnis gleichwertige rechtlich zulässige Bestimmungen zu ersetzen.

Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Karlsbad, _____

Bremen, _____

DVE

AOK Bremen/Bremerhaven

Bremen, _____

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Niedersachsen,
Bremen, Sachsen-Anhalt
zugleich für die Knappschaft –
Regionaldirektion Hamburg

Magdeburg, _____

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband
für das Land Bremen

ANERKENNTISERKLÄRUNG

Ich erkenne den zwischen den obengenannten Vertragspartnern abgeschlossenen Vertrag vom 01.05.2017 in der jeweils gültigen Fassung mit allen Anlagen an und verpflichte mich, die zwischen den Vertragspartnern eingegangenen Vereinbarungen/ Verpflichtungen zu erfüllen.

(Name, Vorname, Firmenname)

(Institutionskennzeichen)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller)

(Unterschrift fachlicher Leiter)

DVE-Mitgliedschaft des Antragstellers:

ja

nein

Leistungsbeschreibung Ergotherapie

INHALT

1.	Grundsätze	3
2.	Umfang der Leistung	3
3.	Ergotherapeutische Diagnostik	3
4.	Individueller Therapieplan	3
5.	Durchführung der Therapie	4
6.	Regeltherapiezeit	4
7.	Vor- und Nachbereitung	4
8.	Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt	4
9.	Beratung	4
9.1	Information, Beratung und Schulung	4
9.2	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	5
10.	Maßnahmen der Ergotherapie	5
10.1	Motorisch-funktionelle Behandlung	5
54102	Einzelbehandlung	5
54107	Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs	5
54205	bei verordneter Position 54102 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten	5
54209	Gruppenbehandlung	5
10.2	sensomotorisch-perzeptive Behandlung	8
54103	Einzelbehandlung	8
54108	Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs	8
54206	bei verordneter Position 54103 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten	8
54210	Gruppenbehandlung	8
10.3	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung	12
54104	Einzelbehandlung	12
54207	bei verordneter Position 54104 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten	12
54211	Gruppenbehandlung	12
10.4	Psychisch-funktionelle Behandlung	16
54105	Einzelbehandlung	16
54110	Einzelbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)	16
54109	Einzelbehandlung (bis zu 2 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs	16
54208	bei verordneter Position 54105 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten	16

54212	Gruppenbehandlung	16
54213	Gruppenbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)	16
10.5	Thermische Anwendung:	20
54301	Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)	20
10.6	Ergotherapeutische temporäre Schiene	21
54405	Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag	21
54406	Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen nach Kostenvoranschlag	21
10.7	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	23
54002	Funktionsanalyse und Anamnese	23
10.8	Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	23
59932	Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	23

1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Richtlinie nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses); Änderungen in der Richtlinie mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Ergotherapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie. Dabei werden die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft benannt.

Den Maßnahmen der Ergotherapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet.

2. Umfang der Leistung

Die unter 10. aufgeführten Leistungen (Maßnahmen der Ergotherapie) umfassen:

- die Durchführung der ergotherapeutischen Diagnostik (3.);
- das Aufstellen des individuellen Therapieplans (4.);
- die Durchführung der ergotherapeutischen Maßnahmen (5.);
- die Regeltherapiezeit (6.);
- die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel (7.);
- die Verlaufsdokumentation sowie ggf. die Mitteilung an die verordnende Ärztin/
- den verordnenden Arzt (8.);
- die Beratung der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Bezugspersonen (9.1);
- die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (9.2).

3. Ergotherapeutische Diagnostik

Die Durchführung und Auswertung der ergotherapeutischen Diagnostik findet schwerpunktmäßig im Rahmen der ersten Behandlungen einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten statt. Sie bildet, auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, die Voraussetzung, die Therapieziele zu definieren und einen Therapieplan zu erstellen. Nach Bedarf werden Screening- und/oder differenzierte Assessmentmethoden (Beobachtungs-, Befragungs- und Testverfahren) eingesetzt.

Im Verlauf der Therapie kann eine erneute ergotherapeutische Diagnostik zur Überprüfung der Therapieziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes erforderlich sein.

Eine ergotherapeutische Gruppentherapie kann erst erfolgen, wenn dieser eine ergotherapeutische Diagnostik im Rahmen einer Einzeltherapie vorausging, bei der auch die Zuordnung zur entsprechenden Gruppe erfolgt. Nach bereits erfolgter Einzeltherapie werden Gruppentherapien ohne nochmalige ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt.

4. Individueller Therapieplan

Auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung mit Angabe der Diagnose, der Leitsymptomatik und der Therapieziele sowie der Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und der ergotherapeutischen Diagnostik wird der individuelle Therapieplan erstellt. Bei der Erstellung des Therapieplans wird die Patientin/der Patient und – wenn erforderlich – deren/dessen Bezugspersonen so weit wie möglich einbezogen.

5. Durchführung der Therapie

Auf der Grundlage des individuellen Therapieplans wird die jeweilige Maßnahme der Ergotherapie durchgeführt. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse und die jeweilige Reaktionslage der Patientin oder des Patienten besonders hinsichtlich der Interventionsmethoden sowie der Dauer, Intensität und des Umfangs der Therapie zu berücksichtigen.

6. Regeltherapiezeit

Die Zeitangaben der jeweiligen Maßnahmen der Ergotherapie sind Richtwerte und beziehen sich auf die Durchführung der Therapie mit der Patientin bzw. dem Patienten sowie der anderen unter 2. (Umfang der Leistung) genannten Leistungen. Dabei darf die Therapiedauer mit der Patientin bzw. dem Patienten die Mindestdauer des Richtwertes nur aus medizinischen Gründen unterschreiten.

7. Vor- und Nachbereitung

Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die Maßnahmen der Ergotherapie unabdingbar. Denn nur die individuelle Anpassung an die funktionelle/strukturelle Schädigung und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (HeilM-Katalog - Fähigkeitsstörungen) der Patientin bzw. des Patienten sowie die Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren gewährleistet den sinnvollen Einsatz der Methoden und Verfahren der Ergotherapie.

8. Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt

Entsprechend § 14 Abs. 3 dieser Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten Ergotherapie eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Therapieeinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, deren therapeutische Wirkung auf die funktionellen/strukturellen Schädigungen und Aktivitäten der Patientin bzw. des Patienten sowie ggf. Besonderheiten bei der Durchführung.

Sofern die behandelnde Vertragsärztin bzw. der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet die therapeutische Fachkraft diesen gemäß § 16 Abs. 6 HeilM-RL nach Ende der Therapieserie schriftlich über den Therapieverlauf. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern die therapeutische Fachkraft die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält. Die Erstellung eines ausführlichen Berichts ist nicht Bestandteil der therapeutischen Leistung.

9. Beratung

9.1 Information, Beratung und Schulung

Die Information, Beratung und Schulung der Patientin bzw. des Patienten und/oder ihrer bzw. seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Therapieverlauf sind unverzichtbare Bestandteile der Maßnahmen der Ergotherapie. Hierzu gehören auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme und die Begleitung der eigenständigen Umsetzung von vereinbarten Veränderungen durch die Patientinnen und Patienten im häuslichen bzw. sozialen Umfeld. Die notwendige isolierte Beratung der Bezugspersonen im Rahmen einer Verordnung ist im Einzelfall als Therapieeinheit zu erbringen.

9.2 Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erfolgt im Rahmen einer ergotherapeutischen Einzeltherapie. Diese Beratung ist erforderlich, wenn als Leitsymptomatik Beeinträchtigungen in Bezug auf die Selbstversorgung und Alltagsbewältigung, in der zwischenmenschlichen Interaktion oder im Verhalten vorliegen, die zu Schwierigkeiten im häuslichen und sozialen Umfeld führen.

Sie dient dazu, die Patientin bzw. den Patienten und ggf. seine (betreuenden) Bezugspersonen zu befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren, damit sie/er die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens eigenverantwortlich erfüllen kann.

Im Rahmen dieser Maßnahme erfolgt die Analyse des häuslichen und sozialen Umfeldes der Patientin bzw. des Patienten, die Beratung und ggf. die Erstellung von Empfehlungen für eine aus medizinischer Sicht notwendige Adaptation des Umfeldes an die vorhandenen Beeinträchtigungen und relevanten, insbesondere als Barrieren wirkende Kontextfaktoren der Patientin bzw. des Patienten. Über die Beratung ist die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt zu informieren.

Die entsprechenden Leistungspositionen (APO 54107, 54108 und 54109) können nicht zusätzlich zur Anzahl der verordneten Therapien, sondern nur als Bestandteil der verordneten Behandlungsserie erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Sofern z.B. 10 Einheiten sensomotorisch-perzeptiv verordnet worden sind und 3 Behandlungseinheiten als Beratung zur Integration ins häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs in Anspruch genommen werden, verbleiben lediglich 7 Behandlungseinheiten für die Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung in der Praxis.

10. Maßnahmen der Ergotherapie¹

10.1 Motorisch-funktionelle Behandlung

54102 Einzelbehandlung

54107 Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs

54205 bei verordneter Position 54102 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten

54209 Gruppenbehandlung

Definition

Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.

Thermische Maßnahmen können die motorisch-funktionelle Behandlung unterstützen.

Eine Gruppentherapie (3 - 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patientin bzw. der Patient keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigt.

¹ Leistungen, die mit einem (*) gekennzeichnet sind, können nicht als Gruppentherapie abgegeben werden, sondern sind als Einzeltherapie zu erbringen.

Indikationen

Die motorisch-funktionelle Behandlung ist bei krankheitsbedingten Schädigungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe angezeigt.

Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe wie
SB1 Wirbelsäulenerkrankungen SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB3 Amputationen, angeborene Fehlbildungen SB4 Gelenkerkrankungen SB5 Gelenkerkrankungen/ Störung der Gelenkfunktionen SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck-Syndrom, CRPS SB7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ. EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen	1) der Funktionen willkürlicher Bewegungsreaktionen (z.B. Stützfunktionen der Arme und Beine, Bewegungsmuster beim Gehen oder beim Lagewechsel) 2) der Haltung und Haltungskontrolle 3) der Funktionen von Muskelkraft, -tonus und/oder -ausdauer (z.B. Muskelinsuffizienz, Muskelverkürzungen oder Kontrakturen, Monoparesen) 4) der Funktionen der Beweglichkeit und Stabilität von Gelenken und Knochen 5) der Hautfunktionen (z.B. Narben/ Keloidbildung, lokale Durchblutungs- und Regulationsstörungen) 6) der Sinnesfunktionen (z.B. Temperatur-, Druck-, Berührungs-, Vibrationsempfinden, Schmerz Wahrnehmung) 7) Schmerzen	Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie: 1) im Bereich der allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. die tägliche Routine bewältigen) 2) im Bereich der Selbstversorgung (z.B. sich waschen, kleiden, Toilette benutzen) 3) im Bereich der Mobilität (z.B. Gehen und sich fortbewegen – mit/ohne Hilfs-/ Verkehrsmittel, Gegenstände heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch) 4) im Bereich des häuslichen Lebens (z.B. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit erledigen)

Therapeutische Wirkungen

- 1) Wiederherstellung/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität
- 2) Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen der
 - a. Grob-/Feinmotorik
 - b. Willkürmotorik
- 3) Wiederherstellung/Verbesserung der Muskelkraft, -ausdauer und -belastbarkeit
 - a. isolierter Muskeln
 - b. von Muskelgruppen
- 4) Wiederherstellung/Verbesserung der Kontrolle willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungen
- 5) Aufbau/Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster
- 6) Aufbau/Stabilisierung eines physiologischen Gangbildes
- 7) Wiederherstellung/Verbesserung der Rumpf- und Extremitätenkoordination
- 8) Wiederherstellung/Verbesserung des (fein-) motorischem Hand- und Armgebrauchs

- 9) Verbesserung/Normalisierung des Muskeltonus
- 10) Wiederherstellung/Verbesserung der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - a. Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden
 - b. Beseitigung/Linderung von Schmerzen in einem oder mehreren Körperteilen unterschiedlichen
- 11) Schmerzcharakters (z.B. brennend, stechend, dumpf)
- 12) Förderung der Durchblutung
- 13) Narbenabhärtung
- 14) Erlernen von Kompensationsstrategien und sicherer Handhabung von Hilfsmitteln in Bezug
- 15) auf Alltagsaktivitäten
- 16) Erlernen physiologischer, kraftsparender und gelenkschonender Bewegungsstrategien,
- 17) ggf. unter Einbeziehung zur Verfügung stehender Hilfsmitteln und Adaptionen des Lebensumfelds

Therapeutische Ziele

- 1) Beseitigung oder Minderung krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen mit Wiedererlangung physiologischer Bewegungsmuster, Koordination und Kraft
- 2) Wiederherstellung und Erhalt zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung)
- 3) Wiederherstellung und Erhalt der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen)
- 4) Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z.B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln)
- 5) Entwicklung/Verbesserung der Krankheitsbewältigung (z.B. Umgang mit den Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit)
- 6) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen
- 7) Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Funktionelle Behandlungstechniken
- 2) Handwerkliche, spielerische und gestalterische Behandlungstechniken
- 3) Handtherapie
- 4) Einhändertraining
- 5) Maßnahmen zur taktilen Desensibilisierung und Sensibilisierung

- 6) Handlungsorientiertes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-Selbsthilfetraining)
- 7) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen, auch mit Verfahren der virtuellen Realität (z.B. im Rahmen von Explorations-training, funktionellen Behandlungstechniken, Selbsthilfetraining (ATL), Belastungs-training)
- 8) Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Schienen und zur Verfügung stehender Hilfsmittel (z. B. Prothesen), Training mit technischen Hilfen, auch am PC
- 9) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 10) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*)
- 11) Adaptionen des Lebensumfelds
- 12) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen und Umstellung von Handlungs-routinen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld
- 13) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Behandlern bzw. relevanten Dritten

Regelbehandlungszeit

Richtwert: 30-45 Minuten

Besonderheiten

Die motorisch-funktionelle Behandlung kann als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erbracht werden. Dabei können einmal pro Regelfall bis zu **drei** Einheiten zusammenhängend als Beratung erbracht und abgerechnet werden. In diesem Falle kommt ergänzend die Ziffer 59932 zur Abrechnung. Dies gilt nicht, wenn die ergotherapeutische Einzeltherapie als Hausbesuch verordnet wurde.

10.2 sensomotorisch-perzeptive Behandlung

54103 Einzelbehandlung

54108 Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs

54206 bei verordneter Position 54103 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten

54210 Gruppenbehandlung

Definition

Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der sensomotorischen und/oder perzeptiven Funktionen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe. Sie ist ein komplexes Therapieverfahren mit häufig mehreren Therapiezielen.

Thermische Maßnahmen können die sensomotorisch-perzeptive Behandlung unterstützen.

Eine Gruppentherapie (3 - 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten über entsprechende soziale, kognitive und motorische Grundkompetenzen verfügen. Zum Einsatz kommt die Gruppentherapie insbesondere dann, wenn neben den oben genannten Schädigungen auch Schädigungen psychosozialer und emotionaler Funktionen vorliegen, die eine Gruppentherapie medizinisch notwendig machen.

Indikation

Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung ist bei krankheitsbedingten Schädigungen der sensomotorischen und/oder perzeptiven Funktionen mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe angezeigt.

Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe
SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB3 Amputationen, angeborene Fehlbildungen SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck`sches Syndrom, CRPS SB7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ., EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	1) der Funktionen der Bewegung (z.B. willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungsreaktionen, Rechts-Links-Koordination, Auge-Hand-Koordination) 2) der propriozeptiven Funktionen 3) der vestibulären Funktionen 4) der mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundenen Empfindungen, z.B. Schwindel 5) der Funktion der Wahrnehmung (z.B. auditiv, taktil, räumlich-visuell, sensorische Integration) 6) der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize (z.B. Temperatur-, Vibrations-, Druck- und Berührungsempfinden oder Wahrnehmung schädlicher Reize) 7) der Funktion des Tastens 8) der Selbstwahrnehmung und des Körperschema 9) der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen 10) der psychomotorischen Funktionen (psychomotorische Kontrolle und Qualität der psychomotorischen Funktionen) 11) der Funktionen des Sehens und das Gesichtsfeld 12) spezifischer mentaler Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit 13) der Funktionen der Nahrungsaufnahme (Kauen, Schlucken usw.) 14) der emotionaler Funktionen	Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie 1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung 2) im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen 3) im Bereich der Selbstversorgung 4) im Bereich der Mobilität/ Bewegung/ Beweglichkeit/ Geschicklichkeit im Alltag (z.B. sich fortbewegen – mit/ohne Hilfs-/ Verkehrsmittel, Dinge greifen, heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch 5) im Bereich der Interaktion und Kommunikation 6) im Bereich des Verhaltens 7) im Bereich des häuslichen Lebens 8) im Bereich der allgemeinen und besonderen interpersonellen Beziehungen

Therapeutische Wirkungen

- 1) Stabilisierung/Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - a. Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden
 - b. Propriozeption
 - c. Vibrationsempfinden
 - d. Stabilisierung/Aufbau der Sinneswahrnehmungen (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung)
 - e. Wahrnehmung schädlicher Reize
 - f. Umsetzung von Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- 2) Entwicklung/Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas
- 3) Entwicklung/Verbesserung der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung
- 4) Beseitigung/Linderung von Schmerzen in einem oder mehreren Körperteilen unterschiedlichen Schmerzcharakters (z.B. brennend, stechend, dumpf)
- 5) Entwicklung/Verbesserung der Sensomotorik
- 6) Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen
 - a. Grob-/Feinmotorik
 - b. Willkürmotorik
- 7) Wiederherstellung /Verbesserung der Koordination
- 8) Entwicklung/ Verbesserung der psychomotorischen Funktionen und der Praxis
- 9) Entwicklung/ Verbesserung physiologischer Haltungs-und Bewegungsmuster
 - a. beim Greifen
 - b. beim Gehen
- 10) Bahnung physiologischer Bewegungen und koordinierter Bewegungsabläufe
- 11) Hemmung pathologischer Bewegungsmuster
- 12) Verbesserung der Kognition
- 13) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens

Therapeutische Ziele

- 1) Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt
 - a. von Aktivitäten zum Lernen und zur Wissensanwendung (z.B. Prophylaxe wahrnehmungs- und sensibilitätsbedingter Störungen komplexer Handlungen)
 - b. zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung)
 - c. der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand-und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen)
 - d. der Mobilität im Alltag (z.B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen-und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/ oder Verkehrsmitteln)
 - e. zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten

- 2) Erlernen von Kompensationsstrategien
- 3) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenzen im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds, Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Umgang mit Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Handlungsorientiertes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-/ Selbsthilfetraining) sowie der dazu benötigten Fertigkeiten und Körperfunktionen – je nach Bedarf in therapeutischen, alltagsnahen oder Alltagssituationen oder mit Verfahren der virtuellen Realität (*)
- 2) Feinmotoriktraining, Grafomotorisches Training
- 3) Mund- und Esstherapie (*)
- 4) Interventionen zur Restitution/Verbesserung alltagsrelevanter Körperfunktionen und Fertigkeiten, z.B. Sensibilitätstraining, Explorationstraining, wahrnehmungsfördernde Behandlungsmethoden (*), Sensorische Integrationstherapie, Therapie auf neurophysiologischer Grundlage (z.B. nach Bobath (*)), funktionelle Behandlungstechniken, Spiegeltherapie (*), isoliertes sensomotorisches Üben, repetitives (aufgabenorientiertes) Üben, Bewegungsvorstellung/ Imagination, Bewegungsbeobachtung, handwerkliche, spielerische oder gestalterische Behandlungstechniken
- 5) Stimulation, Stabilisierung und Differenzierung der basalen, sensomotorischen Fähigkeiten (*)
- 6) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen (z.B. zum Ausgleich von Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldeinschränkungen/Neglect, von Wahrnehmungsstörungen, von Hemiparese usw.) (*)
- 7) Achtsamkeitstraining, Entspannungstechniken
- 8) Verhaltenstherapeutische Techniken
- 9) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen und Umstellung von Handlungsrouninen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen (*)
- 10) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*)
- 11) Adaptionen des Lebensumfelds (*)
- 12) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Behandlern bzw. relevanten Dritten

Regelbehandlungszeit

Richtwert: 45-60 Minuten

Besonderheiten

Die sensomotorisch-perzeptive Behandlung kann als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erbracht werden. Dabei können einmal pro Regelfall bis zu **drei** Einheiten zusammenhängend als Beratung erbracht und abgerechnet werden. In diesem Falle kommt ergänzend die Ziffer 59932 zur Abrechnung. Dies gilt nicht, wenn die ergotherapeutische Einzeltherapie als Hausbesuch verordnet wurde.

10.3 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung

54104 Einzelbehandlung

54207 bei verordneter Position 54104 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten

54211 Gruppenbehandlung

Definition

Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der mentalen Funktionen, insbesondere der kognitiven Schädigungen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

Das neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Hirnleistungstraining als Einzeltherapie zeichnet sich dadurch aus, dass Schädigungen der mentalen Funktionen so spezifisch wie möglich trainiert werden, d.h. ohne andere und/oder komplexe Hirnleistungen zu beanspruchen.

Im Gegensatz dazu werden beim Hirnleistungstraining als Gruppentherapie (3 - 6 Patienten) komplexe, kognitive Funktionen gerade unter gruppenspezifischen Aspekten besonders trainiert. Eine Gruppentherapie kann nur dann erfolgen, wenn die Patientin bzw. der Patient keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigt.

Indikationen

Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung ist bei krankheitsbedingten Schädigungen mit Beteiligung des zentralen Nervensystems, bei psychischen/ psychosomatischen sowie demenziellen Erkrankungen und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe angezeigt.

Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe
<p>SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen</p> <p>EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ.,</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ.</p> <p>PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p> <p>PS3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen</p> <p>PS4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p>PS5 Dementielle Syndrome</p>	<p>1) der globalen mentalen Funktionen, z.B. der Orientierung</p> <p>2) der spezifischen mentalen Funktionen, z.B.</p> <p>a) der Aufmerksamkeit</p> <p>b) des Gedächtnisses</p> <p>c) der Wahrnehmung, visuell, auditiv, räumlich-visuell und visuell-konstruktiv (mit und ohne Neglect)</p> <p>d) des Denkens (z.B. Denkt tempo, Form und Inhalt des Denkens)</p> <p>3) der höheren kognitiven Funktionen, z.B.</p> <p>a) des Abstraktionsvermögens</p> <p>b) des Organisierens und Planens</p> <p>c) des Zeitmanagements</p> <p>d) der kognitiven Flexibilität</p> <p>e) des Einsichts-, Urteils- und/oder Problemlösevermögens</p> <p>f) kognitiv-sprachlicher Funktionen</p> <p>g) das Rechnen betreffende Funktionen</p> <p>h) der Selbst- und Zeitwahrnehmung</p> <p>4) der kognitiven Ausdauer und Belastbarkeit</p> <p>5) der Seh- und verwandten Funktionen, z.B. das Gesichtsfeld betreffend</p>	<p>1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung, etwa</p> <p>a) des Zuschauens, Zuhörens und anderer bewusster sinnlicher Wahrnehmung</p> <p>b) der Konzentration im Alltag (z.B. Aufmerksamkeit fokussieren)</p> <p>c) des Merkens von Dingen im Alltag</p> <p>d) des Denkens im Alltag</p> <p>e) des elementaren Lernens</p> <p>f) beim Lösen von Problemen und Treffen von Entscheidungen</p> <p>2) im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, etwa</p> <p>a) der Übernahme von Einzel- oder Mehrfachaufgaben</p> <p>b) der Durchführung der täglichen Routine</p> <p>c) des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen</p> <p>3) in anderen individuell wichtigen Lebensbereichen, z.B.</p> <p>a) der Mobilität/ im Alltag, z.B. sich fortbewegen (mit/ohne Hilfs-/ Verkehrsmittel),</p> <p>b) Dinge transportieren, Auto fahren, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel</p> <p>c) der Kommunikation</p> <p>d) der Selbstversorgung</p> <p>e) des häuslichen Lebens</p> <p>f) Interpersoneller Interaktionen und Beziehungen</p>

Therapeutische Wirkungen

- 1) Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen
 - a. Funktionen des quantitativen und qualitativen Bewusstseins
 - b. Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person
 - c. Funktionen der Intelligenz
- 2) Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - a. Funktionen der Aufmerksamkeit (z.B. selektive und geteilte Aufmerksamkeit Daueraufmerksamkeit)
 - b. Funktionen des Gedächtnisses (z.B. Kurz- und Langzeitgedächtnis)

- c. Funktionen der Wahrnehmung (z.B. visuelle, auditiv, räumlich-konstruktive Wahrnehmung)
 - d. Funktionen des Denkens (z.B. Denktempo)
 - e. Höhere kognitive Funktionen (z.B. Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung, Urteilsvermögen, Problemlösungsvermögen)
 - f. Kognitiv-sprachliche Funktionen (z.B. Sprachverständnis, sprachliches Ausdrucksvermögen)
 - g. Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen (z.B. Praxie)
 - h. Funktionen der Selbst- und Zeitwahrnehmung
- 3) Wiederherstellung/ Verbesserung von Sinnesfunktionen
- a. Funktionen des Gesichtsfelds
 - b. Vestibuläre Funktionen
 - c. Funktionen des Tastens, Druck-, Berührungs- und Temperaturempfinden
- 4) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung
- a. elementares Lernen (z.B. Nachahmen, Üben, sich Fähigkeiten aneignen)
 - b. Wissensanwendung (z.B. Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen)
- 5) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- a. Einfache und komplexe Aufgaben übernehmen
 - b. Planung und Durchführung der täglichen Routine
 - c. Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen
- 6) Stabilisierung/Aufbau der Kommunikation
- a. Kommunizieren als Sender und Empfänger
 - b. Konversation (z.B. eine Unterhaltung beginnen und aufrechterhalten)
- 7) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten der Mobilität
- a. Gehen unter Dual-Task-Bedingungen (z.B. beim Tragen von Gegenständen und gleichzeitiger Unterhaltung)
 - b. Transportmittel benutzen
- 8) Aufbau/ Verbesserung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
- a. Einfache und komplexe interpersonelle Interaktionen (z.B. situationsgerechtes Verhalten)
 - b. Besondere interpersonelle Beziehungen (z.B. formelle Beziehungen, Familienbeziehungen)
- 9) Stabilisierung/Aufbau der Selbstversorgung, des häuslichen und wirtschaftlichen Lebens
- a. Körperpflege und sich kleiden
 - b. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
 - c. Haushaltsaufgaben
 - d. Umgang mit Hilfsmitteln und technischen Produkten
 - e. Elementare und komplexe wirtschaftliche Transaktionen

10) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens

Therapeutische Ziele

- 1) Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt
 - a. der zur Alltagsbewältigung benötigten kognitiven Fähigkeiten
 - b. von Handlungskompetenz zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
 - c. kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
 - d. der Mobilität im Alltag, auch mit Hilfs-und/oder Verkehrsmitteln
 - e. der eigenständigen Selbstversorgung
- 2) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel und Adaptionen des Lebensumfelds
- 3) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit
- 4) selbstbestimmte Lebensgestaltung
- 5) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Hirnleistungstraining mit Realitäts- und Biographiebezug, individuell adaptierten Therapieprogrammen, am PC (*)
- 2) Neuropsychologisch orientiertes Hirnleistungstraining (*), einschließlich spezifischem und selektivem Training einzelner beeinträchtigter Funktionen (z.B. Gesichtsfeldtraining)
- 3) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen (z.B. Straßenverkehr, Sach- und Geldgeschäfte), mit Programmen der virtuellen Realität oder durch alltagsbezogene Übungen (z.B. Rollenspiele, Ausfüllen von Formularen)
- 4) AOT (Alltagsorientiertes Training)
- 5) Handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden
- 6) Handlungsorientiertes Training der kommunikativen Fähigkeiten, auch am PC
- 7) Projektgruppen, Rollen- und Regelspiele
- 8) Training zur Verbesserung des Lernverhaltens und der Grundarbeitsfähigkeiten
- 9) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen
- 10) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 11) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*)
- 12) Adaptionen des Lebensumfelds
- 13) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Behandlern bzw. relevanten Dritten

Regelbehandlungszeit

Richtwert: bei der Einzeltherapie: 30-45 Minuten

Richtwert: bei der Gruppentherapie: 45-60 Minuten

Besonderheiten

Das Hirnleistungstraining/ die neuropsychologisch orientierte Behandlung kann als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erbracht werden. Dabei können einmal pro Regelfall bis zu drei Einheiten zusammenhängend als Beratung erbracht und abgerechnet werden. In diesem Falle kommt ergänzend die Ziffer 59932 zur Abrechnung. Dies gilt nicht, wenn das Hirnleistungstraining/ die neuropsychologisch orientierte Behandlung als Hausbesuch verordnet wurde.

10.4 Psychisch-funktionelle Behandlung

54105 Einzelbehandlung

54110 Einzelbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)

54109 Einzelbehandlung (bis zu 2 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs

54208 bei verordneter Position 54105 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten

54212 Gruppenbehandlung

54213 Gruppenbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)

Definition

Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

Eine Gruppentherapie (3 - 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten über entsprechende soziale und mentale Grundkompetenzen verfügen. Zum Einsatz kommt die Gruppentherapie insbesondere dann, wenn die individuelle Problematik der Patientin bzw. des Patienten die Nutzung von gruppenspezifischen Prozessen und stützenden Funktionen der Gruppe erfordert.

Indikation

Die psychisch-funktionelle Behandlung ist bei krankheitsbedingten Schädigungen durch psychische oder psychosomatische Erkrankungen, demenzielle oder Suchterkrankungen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe angezeigt.

Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe
<p>EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ.,</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ.</p> <p>EN3 Rückenmarkserkrankungen</p> <p>PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p> <p>PS3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen</p> <p>PS4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p>PS5 Demenzielle Syndrome</p>	<p>1) der globalen mentalen Funktionen, z.B.</p> <p>a) des Bewusstseins</p> <p>b) der Orientierung zu Zeit, Ort und Person, der Selbst- und der Zeitwahrnehmung</p> <p>c) der Intelligenz</p> <p>d) von Temperament und Persönlichkeit (z.B. psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Optimismus)</p> <p>e) der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Impulskontrolle, Drang nach Suchtmitteln)</p> <p>f) des Schlafes</p> <p>2) der spezifischen mentalen Funktionen, z.B.</p> <p>a) der Aufmerksamkeit und/oder des Gedächtnisses</p> <p>b) psychomotorischer Funktionen (Tempo, Kontrolle und Qualität)</p> <p>c) emotionaler Funktionen (z.B. Affektkontrolle, Spannweite von Emotionen)</p> <p>d) der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung</p> <p>e) des Denkens (z.B. Denkt tempo, Form und Inhalt des Denkens)</p> <p>f) höherer kognitiver Funktionen (z.B. exekutive Funktionen, kognitive Flexibilität, Einsichts- und Urteilsvermögen, Problemlösevermögen, Realitätsbewusstsein und Selbsteinschätzung)</p> <p>g) kognitiv-sprachlicher Funktionen</p> <p>h) das Rechnen betreffende Funktionen</p> <p>i) der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen</p>	<p>Einschränkung der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie</p> <p>1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung, etwa bewusste sinnliche Wahrnehmungen wie z.B. Zuschauen/-hören</p> <p>2) elementares Lernen (Kognition) wie z.B. sich Fertigkeiten aneignen</p> <p>3) Wissensanwendung wie z.B. Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen</p> <p>4) im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, etwa Einzel-/ Mehrfachaufgaben übernehmen</p> <p>5) die tägliche Routine durchführen</p> <p>6) mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</p> <p>7) im Bereich der Kommunikation (etwa Konversation, Diskussion, Anwendung von Kommunikationshilfen)</p> <p>8) im Bereich der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (etwa Umgang mit Kollegen, sozialen Regeln gemäß interagieren)</p> <p>9) im Bereich Selbstversorgung</p> <p>10) im Bereich des häuslichen Lebens</p>

Therapeutische Wirkungen

- 1) Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen
 - a. Funktionen des quantitativen und qualitativen Bewusstseins
 - b. Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person
 - c. Funktionen der Intelligenz (z.B. bei Demenz)
 - d. Globale psychosoziale Funktionen (z.B. bei Autismus)
 - e. Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (z.B. psychische Stabilität, Selbstvertrauen)
 - f. Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z.B. Motivation, Impulskontrolle)
 - g. Funktionen des Schlafes
- 2) Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - a. Funktionen der Aufmerksamkeit (z.B. selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit)
 - b. Funktionen des Gedächtnisses (z.B. Kurz- und Langzeitgedächtnis)
 - c. Psychomotorische Funktionen (z.B. psychomotorische Kontrolle)
 - d. Emotionale Funktionen (Affektkontrolle, Spannweite von Emotionen, Stimmung)
 - e. Funktionen der Wahrnehmung (z.B. räumlich-visuelle Wahrnehmung)
 - f. Funktionen des Denkens (z.B. Denktempo, Inhalt des Denkens)
 - g. Höhere kognitive Funktionen (z.B. exekutive Funktionen, Einsichts- und Urteilsvermögen, Problemlösungsvermögen, kognitive Flexibilität)
 - h. kognitiv-sprachliche Funktionen
 - i. Funktionen der Selbst- und Zeitwahrnehmung (z.B. eigene Identität, Realitätsbezug)
- 3) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung
 - a. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen
 - b. Wissensanwendung (z.B. Aufmerksamkeit fokussieren)
- 4) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
 - a. Einfache und komplexe Aufgaben übernehmen (z.B. Handlungsschritte der täglichen Routine in der richtigen Reihenfolge durchführen)
 - b. Eigenaktive Tagesstrukturierung
 - c. Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen
- 5) Aufbau/ Verbesserung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
 - a. elementare und komplexe interpersonelle Aktivität (z.B. Interaktion nach sozialen Regeln)
 - b. besondere interpersonelle Beziehungen (z.B. Aufbau und Erhalt von Beziehungen)
- 6) Stabilisierung/Aufbau der Selbstversorgung, des häuslichen und wirtschaftlichen Lebens
 - a. auf seine Gesundheit achten
 - b. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen

- 7) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*)
- 8) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens

Therapeutische Ziele

- 1) Entwicklung, Wiederherstellung und Erhalt:
 - a. zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten
 - b. von Handlungskompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
 - c. kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
 - d. der eigenständigen Selbstversorgung
- 2) Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit
- 3) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel und Adaptionen des Lebensumfelds
- 4) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Handlungsorientiertes Training, Beratung und Schulung zur Durchführung von Aktivitäten individuell wichtiger Lebensbereiche (z.B. Lernen- und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Selbstversorgung, häusliches Leben)
- 2) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen mit Programmen der virtuellen Realität
- 3) Methoden zum Aufbau von Bewusstsein, bewussten Wahrnehmungen und der Orientierung sowie basaler kognitiver Leistungen (z.B. Basale Stimulation, Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT)) (*)
- 4) Methoden zur Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie)
- 5) Training, Beratung und Schulung der Tagesstrukturierung (z.B. physiologischer Schlaf-/Wachrhythmus), ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen
- 6) Training, Beratung und Schulung kommunikativen Verhaltens
- 7) Methoden zur Entwicklung/Verbesserung von Selbstsicherheit und Bewältigungsstrategien
- 8) Achtsamkeitstraining, Entspannungstechniken
- 9) Rollenspiel, Ausdruckstechniken
- 10) Bewegungstherapeutische Angebote
- 11) Kognitive Trainingsprogramme
- 12) Verhaltenstherapeutische Techniken
- 13) Handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden
- 14) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 15) Adaptionen des Lebensumfelds

- 16) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Behandlern bzw. relevanten Dritten
- 17) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*)
- 18) Training der Grundarbeitsfähigkeiten

Regelbehandlungszeit

Richtwert: bei der Einzeltherapie: 60-75 Minuten

Richtwert: bei der Gruppentherapie: 90-120 Minuten

Besonderheiten

Die psychisch-funktionelle Behandlung kann im Einzelfall als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erbracht werden. Dabei können einmal pro Regelfall bis zu zwei Einheiten zusammenhängend als Beratung erbracht und abgerechnet werden. In diesem Falle kommt ergänzend die Ziffer 59932 zur Abrechnung. Dies gilt nicht, wenn die ergotherapeutische Einzeltherapie als Hausbesuch verordnet wurde.

Bei psychisch-funktionellen Behandlungen können in Abstimmung mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt bei Störungen der Ausdauer und Grundarbeitsfähigkeiten zwei zusammenhängende Einheiten an einem Tag als Belastungserprobung durchgeführt werden. Diese erhöhte Frequenz kann nur erbracht werden, wenn sie verordnet wurde.

10.5 Thermische Anwendung:

54301 Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)

Definition

Die thermischen Anwendungen ergänzen eine motorisch-funktionelle oder sensomotorisch-perzeptive Behandlung. Diese Therapien werden durch die thermische Anwendung erleichtert, verbessert oder überhaupt erst möglich.

Indikationen

- 1) Schmerzen
- 2) Muskelspannungsstörungen

Diagnosegruppen

SB2, SB3, SB5, SB6, EN1, EN2

Therapeutische Wirkungen und Ziele

- 1) Anregung oder Minderung der Aktivität der Muskelspindeln
- 2) Verbesserung der Dehnfähigkeit von Bindegewebestrukturen
- 3) Schmerzlinderung, -minderung
- 4) Muskeltonusregulierung

Leistung

Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Anwendung intensiver Kälte oder Wärme

10.6 Ergotherapeutische temporäre Schiene

54405 Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag

54406 Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen nach Kostenvoranschlag

Definition

Diese ergotherapeutische Maßnahme ergänzt im Einzelfall die motorisch-funktionelle oder sensomotorisch/ perzeptive ergotherapeutische Behandlung und dient der Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen (inkl. Redressionsverfahren) zur sachgerechten Lagerung, Fixation oder Korrektur von Extremitäten. Sie dient der Unterstützung physiologischer Funktionen und der Wiederherstellung alltagsrelevanter Fähigkeiten. Diese Maßnahme setzt eine genaue Kenntnis der Möglichkeiten und Einschränkungen der Patientin oder des Patienten voraus.

Indikationen

	Lagerungsschiene	Funktionsschiene
Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe
SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB 5 Gelenkerkrankungen, Störung der Gelenkfunktion SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck'sches Syndrom, CRPS SB 7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ., EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen	1) der globalen mentalen Funktionen, z.B. 2) der Beweglichkeit und Stabilität von Gelenken und Knochen 3) von Muskeltonus, -kraft oder -ausdauer, z.B. (drohende) Kontrakturen 4) der Kontrolle willkürlicher und/oder unwillkürlicher Bewegungen 5) von Hautfunktionen, z.B. Narbenzüge, Schwellungen, Reizungen oder Entzündungen	Einschränkung der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie 1) der Mobilität im Alltag, z.B. sich fortbewegen (mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel) 2) Dinge greifen, heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch

Therapeutische Wirkungen bei einer Lagerungsschiene

- 1) Kontrakturprophylaxe
- 2) Entzündungshemmung
- 3) Schmerzreduktion
- 4) Korrektur von Achsenfehlstellungen

Therapeutische Wirkungen bei einer Funktionsschiene

- 1) Verhinderung/Minderung pathologischer Bewegungen und Haltungen/ Stellungen
- 2) Ermöglichung physiologischer Funktionen
- 3) Stabilisierung/Aufbau des Bewegungsausmaßes (aktiv/passiv)
- 4) Aufdehnen von Kontrakturen

Therapeutische Ziele

- 1) Ruhigstellung/Entlastung, Gelenkschutz
- 2) Kontrakturprophylaxe
- 3) Stabilisierung/Aufbau des Bewegungsausmaßes (aktiv/passiv)
- 4) Schmerzreduktion
- 5) Unterstützung physiologischer Funktionen (z.B. Kontrolle willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungen)
- 6) Erhalt/Stabilisierung/Aufbau motorischer Fertigkeiten, z.B. des Arm- und Handgebrauchs

Leistung

Herstellung und individuelle Einzelanpassung, von Lagerungsschienen, statischen oder dynamischen Funktionsschienen sowie redressierenden Gipsen/Schienen.

Regelbehandlungszeit

Der Zeitaufwand richtet sich nach der Größe und Art der für die Patienten herzustellenden Schiene.

Besonderheiten

Sind zu den ergotherapeutischen Heilmitteln „Motorisch-funktionelle Behandlung“ und „Sensorische/ perzeptive Behandlung“ ergänzend temporäre ergotherapeutische Schienen zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung notwendig, sind diese von der Ärztin bzw. vom Arzt auf dem Vordruck Muster 18 zu verordnen.

Kann die Schiene nicht unterhalb des jeweiligen Schwellenwertes hergestellt werden (Abrechnung der Pos.-Nr. 54406), so ist ein Kostenvoranschlag der Krankenkasse der Patientin/ des Patienten zur Genehmigung vorzulegen. Über den Antrag soll die Krankenkasse unverzüglich entscheiden.

Gleichartige Schienen für die linke und rechte Hand gelten als zwei Schienen; der Schwellenwert für das Einreichen eines Kostenvoranschlags zur Genehmigung gilt je Schiene.

10.7 Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs

54002 Funktionsanalyse und Anamnese

Leistung

- 1) Bewertung der patientenbezogenen Unterlagen
- 2) Erhebung der ergotherapeutischen Anamnese
- 3) Prüfung der Verwendbarkeit der vorhandenen Hilfsmittel
- 4) Prüfung der Notwendigkeit ergotherapeutischer temporärer Schienen
- 5) Auswahl der ergotherapeutischen Materialien und Assessmentmethoden (z.B. Tests) zur Befunderhebung
- 6) Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten und ggf. auch mit den Partnern/ Angehörigen über den individuellen Therapieplan
- 7) Abstimmung mit anderen Behandlern

Diese Position ist nur bei Therapiebeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar. Dies gilt auch dann, wenn die Patientin bzw. der Patient im Laufe einer ergotherapeutischen Maßnahme die therapeutische Praxis wechselt.

10.8 Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

59932 Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

Dieser Hausbesuch ist abrechenbar, wenn im Rahmen der ergotherapeutischen Einzeltherapie eine Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld durchgeführt wird. Der Hausbesuch kann einmal pro Regelfall erbracht und abgerechnet werden und erfordert keine gesonderte ärztliche Verordnung. Ein solcher Hausbesuch kann nur nach Rücksprache mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt erfolgen und ist separat zu dokumentieren.

1. Ziel der Anlage

Mit dieser Anlage vereinbaren die Vertragspartner Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Die Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung soll zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere die Pflichten der Leistungserbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass:

- Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen und
- Absetzungen aufgrund rein formaler Fehler ohne Korrekturmöglichkeiten reduziert werden.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 1 HeilM-RL ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken gemäß den Bundesmantelverträgen (BMV-Ä/EKV) verordnet werden. Die Verordnungsvordrucke sind in Anlage 2 bzw. Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä/EKV und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ist Verordnungsmuster 18 bzw. Verordnungsmuster 18E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch den Arzt

Ergotherapeutische Behandlungen dürfen nach § 16 Abs. 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf der ärztlichen Verordnung die nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL erforderlichen Angaben aufgetragen und die Verordnung von der Ärztin bzw. dem Arzt unterschrieben ist. Die erforderlichen Angaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL sind im Folgenden dargestellt. Für weitere Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind die Heilmittel-Richtlinie sowie § 17 der Rahmenempfehlung maßgeblich.

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

Ein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die nachfolgend beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche

Therapie erfolgen kann. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 27. Oktober 2009, Az. B 1 KR 4/09, Urteil vom 13. September 2011, Az. B 1 KR 23/10) sind die Leistungserbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung auch ohne vorherige ärztliche oder leistungserbringerseitige Ergänzung bzw. Korrektur aufgenommen werden. Dies setzt voraus, dass alle wesentlichen Informationen für den Beginn bzw. die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind (Personalienfeld, Diagnose, konkretes Heilmittel, Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes). In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die ärztliche Verordnung vor der Einreichung zur Abrechnung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt bzw. korrigiert wird. Dem Leistungserbringer wird bei fehlerhaften Angaben auf der Verordnung nach Absetzung in der Regel die Möglichkeit eingeräumt, eine korrigierte Abrechnung einzureichen. Bei komplexen Sachverhalten erfolgt dann die Klärung im Einzelfall mit der Krankenkasse.

Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß der Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse bzw. das von ihr benannte Abrechnungszentrum übermittelt wurde.

Ärztliche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen grundsätzlich auf der Vorderseite der Verordnung möglichst an der jeweiligen Stelle der fehlenden/ falschen Angabe. Ärztliche Änderungen und Ergänzungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden/ falschen Angabe.

Eine Ergänzung/ Korrektur der Verordnung ist auch auf dem Faxweg zwischen Leistungserbringer und dem Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.

Ergänzungen und Korrekturen, die vom Leistungserbringer vorgenommen werden, erfolgen grundsätzlich auf der Rückseite der Verordnung, soweit in dieser Anlage nichts Abweichendes vereinbart wurde. Erfolgen Änderungen auf der Vorderseite der Verordnung, ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen ärztlichen Angaben sichtbar bleiben.

Angaben gemäß § 13 Abs. 2 HeilM-RL und mögliche Ausprägungen:

a): Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zum Versicherten, zur Krankenkasse, zum verordnenden Arzt und das Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlen Arzt-, Versicherten- oder Krankenkassendaten oder das Ausstellungsdatum, kann die Behandlung nicht durchgeführt werden. Korrekturen können ausschließlich arztseitig erfolgen.</p> <p>Sind die beiden Felder „Gebührenpflichtig“ und „Gebührenfrei“ angekreuzt oder leer, gilt der Versicherte als zuzahlungspflichtig. Legt der Versicherte dem Leistungserbringer einen gültigen Befreiungsbescheid vor, kann dieser unter Angabe eines Handzeichens die Angabe auf der Verordnung korrigieren.</p>

b): Art der Verordnung (Erst-, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Charakterisiert die Verordnung als Erst- oder Folgeverordnung oder als Verordnung außerhalb des Regelfalls.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe auf der Verordnung oder ist diese für den Leistungserbringer erkennbar falsch, korrigiert er diesen Fehler auf der Vorderseite der Verordnung, und informiert hierüber die verordnende Ärztin/ den verordnenden Arzt. Die Änderung ist vom Leistungserbringer auf der Verordnung mit Handzeichen zu dokumentieren. Soweit sich durch die Korrektur Auswirkungen auf die maximale Verordnungsmenge ergeben, gilt lit. g).

c): Hausbesuch (ja oder nein)

Art der Angabe	konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Die Verordnung eines Hausbesuches ist nach § 11 Abs. 2 HeilMRL nur dann zulässig, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen die Heilmittelpraxis nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Sofern Hausbesuch mit „Nein“ angekreuzt, aber trotzdem abgerechnet wurde, erfolgt eine Teilabsetzung des auf den Hausbesuch entfallenden Betrags.

d): Therapiebericht (ja oder nein)

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Erstellung eines Therapieberichtes nicht erforderlich und die Abrechnung einer ggf. vereinbarten „Übermittlungsgebühr“ nicht möglich.
Korrekturmöglichkeit	entfällt

e): Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann durch entsprechende Kennzeichnung Gruppentherapie verordnen.

Korrekturmöglichkeit	Wurde ärztlicherseits Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Leistungserbringer den Arzt zu informieren und die Änderung auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks im dafür vorgesehenen Feld zu begründen. Erfolgt bis zum Zeitpunkt der Abrechnungsstellung keine Korrektur, wird der Vergütungssatz für die verordnete Gruppentherapie vergütet.
----------------------	---

f): ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 HeilM-RL notwendig

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Die ergotherapeutische Behandlung soll innerhalb von 14 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein von § 15 HeilM-RL abweichender Behandlungsbeginn erforderlich ist, kann hier vom Arzt ein konkreter Zeitpunkt für einen früheren bzw. späteren Behandlungsbeginn angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	<p>Im begründeten Ausnahmefall kann einvernehmlich zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer ein abweichender Behandlungsbeginn vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite des Ordnungsblatts mit den Buchstaben lt. § 4 Abs. 10 des Vertrages (therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt "T", Krankheit des Versicherten/Therapeuten "K" und Ferien bzw. Urlaub des Versicherten/Therapeuten ("F") zu begründen und zu dokumentieren.</p> <p>Wird der ärztlicherseits angegebene Behandlungsbeginn nicht eingehalten oder der einvernehmlich vereinbarte Behandlungsbeginn nicht begründet und dokumentiert, so wird die Verordnung ungültig.</p>

g): Verordnungsmenge

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Entsprechend des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) sind in der Ergotherapie je nach Indikation innerhalb des Regelfalls höchstens folgende Verordnungsmengen zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstverordnung: bis zu 10 x je Verordnung (SB4 bis zu 6 x je Verordnung), • Folgeverordnungen: bis zu 10 x je Verordnung <p>Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind die maximalen Verordnungsmengen des Regelfalls nicht zwingend</p>

	<p>anzuwenden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3 HeilM-RL). Die Verordnungsmenge darf den Quotienten 12 aus Verordnungsmenge und Behandlungsfrequenz zum Zeitpunkt der Verordnung nicht überschreiten (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL). Bei Frequenzspannen (Von-bis-Angabe) ist für die Berechnung des Quotienten der jeweils höhere Wert maßgeblich.</p> <p>Bei Maßnahmen der Ergotherapie kann die Verordnungsmenge je Verordnungsvordruck auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der jeweiligen Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist auf dem Verordnungsmuster 18 unter „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ zu spezifizieren (z.B. bei EN2 Verordnungsmenge 10, davon 6 x sensomotorisch-perzeptive Behandlung und 4 x Hirnleistungstraining).</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen je Erst- und Folge-Verordnung bzw. je Verordnung außerhalb des Regelfalls überschritten werden, kann der Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten abrechnen, wie nach der HeilM-RL zulässig sind.</p> <p>Die Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.</p> <p>Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon nur mit ärztlichem Einvernehmen abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Verordnung unter Angabe der Arztunterschrift zu dokumentieren.</p>

h): das/ die Heilmittel gemäß dem Katalog

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Der Heilmittelkatalog der HeilM-RL sieht für die ergotherapeutische Behandlung indikationsbezogen folgende vorrangige/ optionale Heilmittel vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motorisch-funktionelle Behandlung, • sensomotorisch-perzeptive Behandlung, • Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung, • psychisch-funktionelle Behandlung. <p>Zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel siehe lit. g).</p> <p><u>Therapieergänzende Maßnahmen (§ 40 HeilM-RL):</u></p> <p>Maßnahmen der Thermo-therapie (Wärme-/ Kältetherapie) sind als ergänzendes Heilmittel ausschließlich nach Vorgabe des Heilmittelkataloges verordnungsfähig.</p> <p>Sind zur Durchführung der motorisch-funktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Behandlung temporäre ergotherapeutische Schienen notwendig, können diese vom</p>

	Arzt auf dem Verordnungsmuster 18 verordnet werden. Die Angabe der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Schiene erfolgt in dem Feld „ggf. neurologische/ psychiatrische/ orthopädische Besonderheiten“.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels, ist dieses ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen. Dies gilt auch, wenn ein verordnetes Heilmittel nicht zu dem auf der Verordnung angegebenen Indikationsschlüssel passt.

i): ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Sofern erforderlich, können ärztlicherseits ergänzende Angaben zum Heilmittel auf der Verordnung gemacht oder einzelne Therapiemaßnahmen bzw. Behandlungstechniken spezifiziert werden.
Korrekturmöglichkeit	nicht erforderlich

j): Frequenzangabe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Sind auf der Verordnung Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, kann der Leistungserbringer hiervon nur mit ärztlichem Einvernehmen abweichen. Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden. In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung mit ärztlichem Einvernehmen durchgeführt werden. Die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl ist die gültige Höchstmenge.
Korrekturmöglichkeit	Eine einvernehmliche Änderung der vorgegebenen Frequenz oder die Durchführung von Doppelbehandlungen ist durch den Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung im dafür vorgesehenen Feld zu dokumentieren. Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die empfohlene Mindestfrequenz des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden. Davon abweichende Frequenzangaben bedürfen einer ärztlichen Rücksprache und einer Dokumentation auf der Verordnung.

k): die Therapiedauer pro Sitzung

Art der Angabe	entfällt
Erläuterung	Eine Unterscheidung der ergotherapeutischen Leistungen anhand der Therapiedauer ist in der HeilM-RL nicht vorgesehen. Die Regelbehandlungszeiten der einzelnen ergotherapeutischen Maßnahmen sind in der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) abschließend beschrieben.

l): Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Für die Ergotherapie ist die Diagnosegruppe (auch Indikationsschlüssel genannt) lt. HeilM-RL anzugeben.</p> <p>Bei Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich die Leitsymptomatik nicht aus der Diagnosegruppe bzw. dem Indikationsschlüssel und ist daher stets gesondert anzugeben (vgl. lit. m).</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlt die Angabe der Diagnosegruppe, ist diese ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.</p> <p>Ist die Angabe der Diagnosegruppe unvollständig oder fehlerhaft, kann sie vom Therapeuten bei angegebener Diagnose und Leitsymptomatik mit ärztlichem Einvernehmen geändert werden. Die Änderung ist vom Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.</p> <p>Für die Gültigkeit eines Diagnoseschlüssels sind die ersten drei Stellen maßgeblich. Ist eine vierte Stelle angegeben (z.B. „SB1a“), beeinträchtigt dies die Gültigkeit einer Verordnung nicht und bedarf keiner Korrektur.</p>

m¹): konkrete Diagnose und Therapieziel(e), Leitsymptomatik

Feld	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Die Angabe der therapielevanten Diagnose kann in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/ oder als Klartext erfolgen.</p> <p>Zu dem ist die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben.</p> <p>Die Formulierungen in der HeilM-RL sind beispielhaft. Ihre Aufzählung ist nicht abschließend. Andere Formulierungen der Diagnose- und/ oder Leitsymptomatik sind möglich, soweit sie für die Beteiligten aus fachlicher Sicht verständlich sind. Neben den Diagnosen und Leitsymptomatiken können hier auch Angaben zu den wesentlichen Befunden gemacht werden.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese den Leistungserbringer erkennbar nicht therapielevant, ist diese ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen bzw. zu korrigieren.</p> <p>Fehlende oder fehlerhafte Angaben zur Leitsymptomatik können mit ärztlichem Einvernehmen geändert werden. Die Ergänzung bzw. Änderung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p>
Feld	gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
Korrekturmöglichkeit	nicht erforderlich

m²): ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Soweit für die Ergotherapie erforderlich, können ärztlicherseits Angaben zu den wesentlichen Befunden, Vor- und Begleiterkrankungen und den neurologischen/psychiatrischen, pädiatrischen oder orthopädischen Besonderheiten gemacht sowie ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden.
Korrekturmöglichkeit	nicht erforderlich

n): medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Art der Angabe	konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen (sog. Verordnungen außerhalb des Regelfalls) möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Reicht der vorhandene Platz für die ärztliche Begründung nicht aus, ist ein Beiblatt zu verwenden.</p> <p>Verzichtet die Krankenkasse auf die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, führt das Fehlen einer medizinischen Begründung nicht zu einer Absetzung.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Führt eine Krankenkasse ein Genehmigungsverfahren durch, ist die Fortsetzung der Therapie grundsätzlich nur möglich, wenn auf der Verordnung eine ärztliche, medizinische Begründung angegeben ist. Fehlt hier die Begründung, informiert der Leistungserbringer den Arzt hierüber. Die Begründung kann ärztlicherseits entweder auf der Verordnung oder auf einem Beiblatt nachgeholt werden.</p> <p>Wird die Ergänzung einer Begründung ärztlicherseits abgelehnt, kann die Verordnung auch ohne Begründung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden; der Leistungserbringer vermerkt auf der Verordnung, dass auf eine ärztliche Änderung hingewirkt wurde. In diesem Fall vergütet die Krankenkasse zumindest die Behandlungen bis zum Zugang des Genehmigungsbescheides.</p>

o): spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Die therapierelevanten Befundergebnisse sind jeweils auf dem Verordnungsvordruck im Feld „Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde“ (lit. m) anzugeben. Weitere störungsspezifische Befundergebnisse können in den Freitextzeilen im Feld „ggf. neurologische/ psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten“ angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	nicht erforderlich

p): Vertragsarztstempel und -unterschrift

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit einem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen bzw. Ergänzungen der Arztunterschrift und/ oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.

5. Besondere Regelungen für Angaben des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung

a) Feld: Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hier vermerkt die Krankenkasse, ob sie die Verordnung außerhalb des Regelfalles genehmigt. Bei Nicht-Genehmigung muss dies begründet sein. Sollte die Verordnung bei der Vorlage zur Genehmigung fehlerhaft sein, so hat die Krankenkasse diese zurückzugeben, damit diese ergänzt/ korrigiert werden kann, dies betrifft insbesondere das Fehlen der Begründung. Eine Ablehnung der Genehmigung aus diesem Grund ist nicht zulässig.

Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Dies gilt auch, wenn zu diesem Zeitpunkt bereits alle verordneten Therapieeinheiten erbracht wurden.

b) Feld: Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Bei Überschneidung der Behandlungstermine mit Zeiten einer stationären Behandlung erfolgt eine Absetzung der Leistungen. Davon abweichend werden Behandlungen an Aufnahme- und Entlassungstag nicht abgesetzt.

c) Feld: Behandlungsabbruch

Hier ist ein Datum einzutragen, falls die Therapie abgebrochen wird.

d) Feld: Begründung

Diese Zeilen stehen dem Leistungserbringer nicht nur zur Begründung von Abweichungen von der Frequenz bzw. Änderungen von Gruppen- in Einzeltherapie zur Verfügung. Er kann diese auch für alle anderen Dokumentationen nutzen, die nach dieser Anlage, der Rahmenempfehlung oder des Vertrages notwendig sind. Sollte der Platz nicht ausreichen, ist ein Beiblatt zu verwenden, das der Abrechnung beigelegt wird.

6. Weitere Regelungen

Die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V regeln jeweils die Zahlungsfrist. Die Krankenkasse gerät bei Nichteinhalten der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch den Leistungserbringer bedarf (§ 286 BGB). Bei Zahlungsverzug hat der Leistungserbringer einen Anspruch auf Verzugszinsen und Pauschale nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 288 BGB). Zinsen und Mahngebühr sind spätestens nach 28 Tagen zu zahlen.

Vergütungsvereinbarung zur Abrechnung ergotherapeutischer Leistungen

Leistungserbringergruppen-Schlüssel: 26 04 000

Diese Vereinbarung regelt nach § 125 SGB V die Vergütung von ergotherapeutischen Leistungen für Versicherte der Krankenkassen.

Die vereinbarten Preise gelten als Höchstpreise im Sinne des § 125 SGB V.

Die Verordnungen sind nach den Richtlinien des § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung aufzubereiten und abzurechnen.

Die Vergütungsvereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft.

Die Vergütungsvereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 01.12.2017, schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Die Kündigung durch eine Vertragspartei berührt die Weitergeltung der Vergütungsvereinbarung zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vergütungsvereinbarung gelten die Regelungen der gekündigten Vergütungsvereinbarung weiter.

In Bezug auf die Vergütung für das Jahr 2017 sind sich die Vertragspartner einig, dass die Vergütungsvereinbarung zwischen den Primärkassen in Niedersachsen und dem DVE (Leistungserbringergruppen-Schlüssel 2607000) analog als Anlage 4 (Vergütungsvereinbarung) in diesen Vertrag übernommen wird. Diese Ausnahmeregelung gilt nur für das Jahr 2017 und entfaltet keine präjudizierende Wirkung.

Pos.-Nr.	Leistung	Preise in Euro
54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse <i>(nur einmal bei Behandlungsbeginn abrechenbar)</i>	20,97
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regelbehandlungszeit: Richtwert 30–45 Minuten</i>	28,23
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>Regelbehandlungszeit: Richtwert 45–60 Minuten</i>	37,83
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung <i>Regelbehandlungszeit: Richtwert 30–45 Minuten</i>	30,70
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regelbehandlungszeit: Richtwert 60–75 Minuten</i>	47,08
54107	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches <i>(einmal pro Regelfall, bis zu 3 Einheiten an einem Tag); je Einheit</i>	28,23
54108	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches <i>(einmal pro Regelfall, bis zu 3 Einheiten an einem Tag); je Einheit</i>	37,83

Pos.-Nr.	Leistung	Preise in Euro
54109	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches <i>(einmal pro Regelfall, bis zu 2 Einheiten an einem Tag); je Einheit</i>	47,08
54110	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung <i>Regelbehandlungszeit: Richtwert 60-75 Minuten</i>	87,10
54209	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>(3-6 Patienten); je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 30-45 Minuten</i>	10,48
54210	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>(3-6 Patienten); je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 45-60 Minuten</i>	13,57
54211	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung <i>(3-6 Patienten); je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 45-60 Minuten</i>	13,57
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>(3-6 Patienten); je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 90-120 Minuten</i>	25,00
54213	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung <i>(3-6 Patienten); je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90-120 Minuten</i>	46,27
54301	Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte	4,21
54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene <i>ohne Kostenvoranschlag bis 150,- EURO</i>	
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene <i>nach Kostenvoranschlag über 150,- EURO</i>	
59701	Kostenpauschale für die Übermittlung der Therapeut-Arzt-Mitteilung <i>nur ein Mal je Verordnung abrechenbar</i>	0,70
59933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) , kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden	12,35
59934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) bei Behandlung mehrerer Patienten, kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden <i>Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“</i>	6,30
59935	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) - Versorgung nur eines Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung, kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden.	12,35
59932	Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld <i>(einmal pro Regelfall abrechenbar)</i>	12,35

Die Vergütungen gelten für alle Verordnungen ab dem 01.05.2017.
Nachberechnungen für bereits abgerechnete Verordnungen sind ausgeschlossen.

Fortbildung im Bereich Ergotherapie

INHALT

1.	Ziel	2
2.	Zielgruppe	2
3.	Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung	2
4.	Betrachtungszeitraum	2
5.	Als Fortbildung anererkennungsfähige Veranstaltungen	3
6.	Nicht als Fortbildung anererkennungsfähige Veranstaltungen	3
7.	Qualitätskriterien für Fortbildungen	4
	7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten	4
	7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte	4
8.	Teilnahmebescheinigung	4
9.	Dokumentation	5
10.	Evaluation	5
11.	Nachweis	5
12.	Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung	5

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden. Mit Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 wurde die Fortbildung ausdrücklich der Regelungskompetenz der Empfehlungspartner (vgl. § 125 Abs. 1 Ziff. 2 SGB V) zugeordnet. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an die Zugelassene/ den Zugelassenen bzw. die fachliche Leitung (nachfolgend Zugelassene genannt).¹

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen/ fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01. Januar 2018 für alle zu diesem Zeitpunkt Zugelassenen bzw. tätigen fachlichen Leiter. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachlicher Leiter nach dem 01. Januar 2018 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den zulassenden Stellen

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen.

Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum.

Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

5. Berücksichtigungsfähige Fortbildungen

Bei erstmaliger Vereinbarung eines Betrachtungszeitraums werden bereits zuvor begonnene Fortbildungen angerechnet, soweit die Anforderungen nach dieser Anlage erfüllt werden und die Fortbildungen in einem angemessenen Zeitraum vor Beginn des Betrachtungszeitraumes begonnen wurden.

¹ Aktuell existiert keine gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung der Fortbildungsverpflichtung auch für therapeutische Mitarbeiter. Die Vertragspartner sind aus fachlicher Sicht einig, dass eine Fortbildungsverpflichtung der therapeutischen Mitarbeiter gemäß dem Fortbildungskonzept für die Qualitätssicherung sinnvoll ist. Nach einer gesetzlichen Klarstellung werden hierzu unverzüglich Vertragsverhandlungen auf der Basis dieses Konzeptes aufgenommen.

5.1 Als Fortbildung uneingeschränkt anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 14 der Rahmenempfehlungen) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf die Ergotherapie ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme unter Nutzung moderner Kommunikationsmedien erfolgt.
- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf die Ergotherapie erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.
- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf Ergotherapie ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- Bei umfangreicheren Fortbildungen werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

5.2 Als Fortbildung eingeschränkt anerkennungsfähige Veranstaltungen

Es können maximal 30 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an folgenden Fortbildungen erworben werden:

- Fortbildungen die eindeutig der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Ergotherapie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung) zuzuordnen sind,
- Fortbildungen, die andere Leistungsbereiche (z.B. medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation und / oder andere Leistungsträger (DRV, DGUV) betreffen
- Fortbildungen zu Satzungsleistungen der einzelnen Krankenkassen (z.B. osteopathische Therapien)

5.3 Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die gemäß der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder -verbesserungen

- Fortbildungen zu nichtverordnungsfähigen Heilmitteln gemäß § 5 der Heilmittel-Richtlinie, insbesondere auch Maßnahmen, die üblicherweise als Wellnessangebot (z.B. Hot Stone, Wellnessmassagen) angeboten werden
- Traditionelle Chinesische Medizin
- Hypnose

6. Qualitätskriterien für Fortbildungen

6.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Fortbildungsveranstaltungen können nur dann anerkannt werden, wenn die Dozierenden folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Ergotherapeut im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder
- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Physiotherapie, Logopädie, Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich Ergotherapie oder in einem der o.g. Fachgebiete.

6.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 6.1) mit Bezug zur Ergotherapie oder
- Information über aktuelle Inhalte der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 6 SGB V und der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen.

Die Dozierenden müssen die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

6.3 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Für Fortbildungen, die mittels moderner Kommunikationsmedien besucht werden, gelten folgende zusätzliche Anforderungen:

- Registrierung der Teilnehmenden und der Teilnahme
- Möglichkeit zur direkten Interaktion mit den Dozierenden

7. Teilnahmebescheinigung

Die Teilnahmebescheinigung muss u.a. folgende Mindestinhalte umfassen:

- Bezeichnung der Fortbildung
- Kurzbeschreibung der maßbeglichen Fortbildungsinhalten
- Qualifikation der/des Dozierenden
- Anzahl der Unterrichtseinheiten und Fortbildungspunkte

- Unterschrift der/ des Dozierenden
- Unterschrift, Name und Anschrift des Veranstaltenden

8. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 6) 60 Monate aufzubewahren.

9. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

10. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Auf besondere Anforderung ist der Krankenkasse die Teilnahmebescheinigung im Original vorzulegen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle innerhalb eines Monats.

11. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht

Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Krankenkassen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2018 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die vorgenannten Krankenkassen eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

Vom Beginn der Frist an können die Krankenkassen 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 Prozentsatz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

Insofern die Vertragspartner Regelungsbedarf sehen, verständigen sie sich auf die Aktualisierung der Anlage und den Abschluss einer Prüfvereinbarung.