

Rahmenvertrag

gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

(nachstehend DVE genannt)

- einerseits -

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch die Geschäftsführerin Ambulante Versorgung
Frau Andrea Epkes

(nachstehend AOK PLUS genannt)

- andererseits -

wird folgender Vertrag geschlossen:

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Gegenstand des Vertrages
- § 3 Zulassung
- § 4 Art, Umfang und Abgabe von Leistungen
- § 5 Wirtschaftlichkeit
- § 6 Qualitätssicherung
- § 7 Maßnahmen zur Fortbildung
- § 8 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
- § 9 Wahl des Heilmittelerbringers/Werbung
- § 10 Haftung für Mitarbeiter und Vertreter
- § 11 Datenschutz
- § 12 Vergütung und Abrechnung von Leistungen
- § 13 Beendigung der Zulassung
- § 14 Vertragsverstöße
- § 15 In-Kraft-Treten/Kündigung
- § 16 Schriftform
- § 17 Salvatorische Klausel

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die AOK PLUS
- b) für die Mitglieder des vertragsschließenden Berufsverbandes, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist
- c) für Heilmittelerbringer, die nicht Mitglied des vertragsschließenden Berufsverbandes sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.
- d) Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen vom 01.04.2006.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung ergotherapeutischer Leistungen für die Versicherten der AOK PLUS durch zugelassene Heilmittelerbringer in Sachsen und Thüringen.
- (2) Dieser Vertrag regelt folgende Einzelheiten der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen
 - a) Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen
 - b) Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit
 - c) Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen
 - d) Vergütung und Abrechnung der Leistungen.
- (3) Soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt, sind die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenempfehlungen gem. § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln und die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.
- (4) Die Anlagen sind Bestandteile des Vertrages.
- (5) Soweit sich aus den jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend erforderlich sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich auf einen Verhandlungstermin, mit dem Ziel der Umsetzung dieser Regelungstatbestände.

§ 3 Zulassung

- (1) Die Zulassung von Heilmittelerbringern erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen ist der Berufsverband beratend tätig. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V sind in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen einzureichen. Es ist ein zum Datum des Zulassungsbegins gültiges Institutionskennzeichen zu beantragen und vor der ersten Abrechnung der AOK PLUS vorzulegen.
- (3) Die Behandlung von Versicherten der AOK PLUS ist erst nach Erteilung der Zulassung zulässig. Die Annahme und Abrechnung von Verordnungen kann erst ab dem Datum der Zulassung erfolgen.
- (4) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat an mindestens fünf Tagen in der Woche ganztägig die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten der AOK PLUS in seiner Praxis sicherzustellen.
- (5) Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung oder eine Verlegung der Praxis der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Im Falle der Verlegung ist die Erteilung der Zulassung erneut zu beantragen. Darüber hinaus sind der AOK PLUS zulassungsrelevante räumliche Veränderungen in den bestehenden Praxisräumen mitzuteilen.
- (6) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, der AOK PLUS alle seine in der Praxis therapeutisch beschäftigten und freien Mitarbeiter schriftlich unter Angabe des Beginns bzw. des Ausscheidens aus der Beschäftigung, soweit zulassungs- und/oder abrechnungsrelevant, zu melden (Berufsurkunde) und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Veränderungen sind innerhalb von 2 Wochen zu übermitteln.
- (7) Änderungen zur Person, Praxisanschrift und Bankverbindung sind unverzüglich der Vergabestelle der Institutionskennzeichen in Sankt Augustin mitzuteilen.
- (8) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann sich für die Dauer von bis zu 6 Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer der gesetzlichen Elternzeit vertreten lassen, wenn der Vertreter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V erfüllt und nachweist. Die AOK PLUS ist über die Vertretung unverzüglich schriftlich zu informieren. Vertretungen für länger als 6 Monate bedürfen der Genehmigung durch die AOK PLUS und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich 6 Wochen im Voraus zu beantragen. § 6 Abs. 1 gilt entsprechend.
- (9) Beim Tod eines Heilmittelerbringers gilt die Zulassung bis zu 6 Monaten fort, wenn die Leistungserbringung durch eine Fachkraft sichergestellt ist, die die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der AOK PLUS verlängert werden.
- (10) Der Heilmittelerbringer haftet für die Mitarbeiter/freien Mitarbeiter in gleichem Umfang wie für sich selbst.

- (11) Der Heilmittelerbringer hat für die Dauer seiner Zulassung eine Berufs- und Betriebspflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und gegenüber der AOK PLUS nachzuweisen.

§ 4

Art, Umfang und Abgabe von Leistungen

- (1) Heilmittel im Sinne dieser Vereinbarung sind solche, die nach der geltenden HeilM-RL verordnungsfähig sind. Für die Leistungserbringung gilt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1b der Gemeinsamen Rahmenempfehlung zu § 125 Abs. 1 SGB V) in der Fassung vom 01.09.2005.
- (2) Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt mit seiner Verordnung entsprechend der HeilM-RL. Grundsätzlich ist der Heilmittelerbringer an die vertragsärztliche Verordnung gebunden, es sei denn, eine einvernehmliche Änderung ist gemäß geltender HeilM-RL bzw. auf der Grundlage dieses Vertrages möglich.
- (3) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer vom Vertragsarzt unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß Muster 18 (Vordruckvereinbarung). Die vertragsärztliche Verordnung kann abgerechnet werden, wenn die Heilmittelverordnung alle nach Abs. 4 erforderlichen Angaben enthält.
- (4) Zu Beginn der Behandlung soll die Verordnung folgende Angaben enthalten:
- a) Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks

Fehlen Angaben zum Versicherten oder zum verordnenden Arzt, muss aus den vorhandenen Angaben eine eindeutige Zuordnung zu einem Versicherten und zum verordnenden Vertragsarzt gewährleistet sein.
 - b) Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Fehlt die Angabe „Art der Verordnung“ oder wurden mehrere Felder gleichzeitig angegeben, kann die Verordnung nach Rücksprache mit dem Vertragsarzt durch den Heilmittelerbringer korrigiert werden.
 - c) die Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie

Bei Umwandlung von Gruppentherapie in Einzeltherapie kann der Heilmittelerbringer - nach Information des verordnenden Arztes - die Verordnung selbst ändern.
 - d) Datum der Verordnung, ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 der HeilM-RL notwendig

Fehlt das Datum der Verordnung, ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen. Dabei muss das Datum der Verordnung vor dem Behandlungsbeginn liegen.
 - e) die Verordnungsmenge

Fehlt die Angabe „Verordnungsmenge“, ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen.

f) das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog

Fehlt die Angabe „Heilmittel“, ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen.

g) die Frequenzempfehlung

Fehlt die Angabe „Frequenzempfehlung“, kann der Heilmittelerbringer - nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt - die Verordnung selbst ergänzen.

Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde.

h) den Indikationsschlüssel

Es ist die Bezeichnung der Diagnosengruppe anzugeben. Fehlt die Angabe „Indikationsschlüssel“, ist sie unvollständig oder fehlerhaft, kann der Heilmittelerbringer bei angegebener Diagnose und Leitsymptomatik die Verordnung selbst ergänzen.

k) die Leitsymptomatik

Die Leitsymptomatik ist nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Fehlt die Angabe „Leitsymptomatik“ ist die Verordnung dem Vertragsarzt zur Ergänzung vorzulegen.

l) die konkrete Diagnose ggf. mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges, ggf. ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Fehlt die Angabe „Diagnose“, so ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

m) die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls und Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf

Fehlt die Angabe „med. Begründung“ bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen, soweit die AOK PLUS ein Genehmigungsverfahren durchführt bzw. der Versicherte eine Genehmigung beantragt.

n) Hausbesuch (ggf. ja),

o) Therapiebericht (ggf. ja).

(5) Sofern der Vertragsarzt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist mit der Behandlung grundsätzlich innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Kann die Behandlung innerhalb dieses Zeitraumes nicht aufgenommen werden, ist grundsätzlich eine Neuverordnung notwendig. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Ände-

rung ist vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite des Verordnungsblattes zu begründen und zu dokumentieren.

- (6) Ist eine Genehmigung einzuholen, beginnt die Frist für den Beginn der Behandlung mit dem Genehmigungszeitpunkt, d. h. dass der Zeitraum, den die AOK PLUS für die Genehmigung benötigt, nicht auf den Zeitraum von 14 Kalendertagen angerechnet wird. Dies gilt nicht, wenn die Verordnung erst nach Ablauf der Frist von 14 Kalendertagen bei der AOK PLUS zur Genehmigung vorgelegt wird. Dann hat die Verordnung ihre Gültigkeit verloren.
- (7) Absatz 5 Satz 2 gilt ebenfalls, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird.

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien/Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Heilmittelerbringer begründet der AOK PLUS die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt. § 4 Abs. 17 gilt entsprechend.
- (8) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der AOK PLUS nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (9) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
- (10) Der Heilmittelerbringer ist nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen zu ändern oder zu ergänzen. Das gilt nicht für die Absätze 2, 7 und 17.
 - Der Therapeut darf für die Absätze 4b, 4c, 4g und 4h Änderungen/Ergänzungen nach Rücksprache mit dem Arzt vornehmen und dokumentiert dies unten links auf der Rückseite der Verordnung (unter Hinzufügung des Handzeichens und Datums).
 - Änderungen/Ergänzungen durch den Vertragsarzt erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung unter Hinzufügung des Handzeichens und Datums. Im Ausnahmefall ist dies für Fälle nach Absätzen 4d, 4e, 4k und 4o per Fax vom Arzt möglich. Das Fax ist der Abrechnung beizufügen.
- (11) Der vertragsärztlichen Verordnung liegt gemäß geltender HeilM-RL ein definierter Regelfall zugrunde. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen, sind vom Arzt begründungspflichtig und gemäß HeilM-RL § 8 Abs. 4 der AOK PLUS vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn, diese hat hierauf verzichtet.
- (12) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme sowie des Datums am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten oder eine legitimierte Person durch Unterschriftsleistung auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Eine Bestätigung durch den Heilmittelerbringer/therapeutisch tätigen Mitarbeiter ist nicht zulässig. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht gestattet.
- (13) Liegt die Originalverordnung bei der AOK PLUS zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung am Tag der Leistungsabgabe auf einem gesonderten Beiblatt, wie z. B. Fax oder Kopie der Verordnung. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

- (14) Es ist unzulässig, anstelle verordneter Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen der AOK PLUS nicht und vorzeitig beendete Behandlungsserien nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang in Rechnung gestellt werden.
- (15) 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. Ohne Verordnung eines Hausbesuches ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Heilmittelerbringers ausnahmsweise für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Absatz 2 der HeilM-RL dem nicht entgegensteht. Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.
- (16) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen, sofern er der nächstgelegene zugelassene Heilmittelerbringer ist.
- (17) Wird im Verlauf der Behandlung das Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlungsserie in Abstimmung mit dem Arzt zu beenden und auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

§ 5 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.
- (2) Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Heilmittelerbringer nicht bewirken und die AOK PLUS nicht bewilligen.

§ 6 Qualitätssicherung

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür entsprechend der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V qualifizierten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt.
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten.

- (3) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (4) Die AOK PLUS ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.
Sie teilt den Heilmittelerbringern die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung mit einer Frist von 14 Kalendertagen schriftlich mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zu gewährleisten. Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Bericht zu erstellen.
- (5) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die AOK PLUS nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Heilmittelerbringer dem nicht nach, verfährt die AOK PLUS gemäß § 14 dieses Vertrages.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten der AOK PLUS eine Verlaufsdocumentation gemäß Ziffer 8 der Anlage 1b (Leistungsbeschreibung Ergotherapie in der Fassung 01.09.2005) der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen dem Spitzenverband Bund und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Diese ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen ist, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.
- (7) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden angestellte/freie Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen Behandlungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzung gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
- (8) Der Heilmittelerbringer darf Praktikanten im Sinne des Ergotherapeutengesetzes (ErgThG) in der jeweils gültigen Fassung nur während der Zeit der therapeutisch-praktischen Ausbildung beschäftigen und muss sicherstellen, dass sie unter seiner persönlichen Anleitung und Aufsicht tätig werden.
- (9) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) ist vom Heilmittelerbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

§ 7 Maßnahmen zur Fortbildung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter ist verpflichtet, sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen vom 25.09.2006 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 der Rahmenempfehlungen vom 25.09.2006 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.

Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. § 7 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der AOK PLUS zu erbringen.

- (2) 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 AOK PLUS, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.08.2013 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab 01.08.2011) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK PLUS eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

- (3) Vom Beginn der Frist an, kann die AOK PLUS die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v. H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.¹

¹ Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur Fortbildungsverpflichtung dieser Vereinbarung konkretisieren. Die Sanktionierung tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

§ 8

Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Vertragsarzt, 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.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.

§ 9

Wahl des Heilmittelerbringers/Werbung

- (1) Der Versicherte kann unter den Heilmittelerbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die AOK PLUS gibt ihren Versicherten die Anschriften der Heilmittelerbringer auf Anfrage bekannt.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere ist z. B. zu beachten, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringern und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, nicht gestattet ist.

§ 10

Haftung für Mitarbeiter und Vertreter

- (1) Der Heilmittelerbringer haftet für von Mitarbeitern erbrachte Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des BGB. Er hat sich regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
- (2) Er haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach § 3 im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des BGB.

§ 11

Datenschutz

- (1) Der Heilmittelerbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen zum Datenschutz (SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) zu beachten. Die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Versicherten- und Leistungsdaten und persönlichen Verhältnisse Betroffener sind geheim zu halten und dürfen nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Er hat die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit und die für sie maßgebenden Datenschutzbestimmungen schriftlich (z.B. in Form eines Merkblatts) zu belehren und deren Einhaltung in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck erheben, verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Heilmittelerbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
- (4) Der Heilmittelerbringer 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.
- (5) Sofern gemäß § 12 Abs. 5 die Abrechnung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist diese durch den Heilmittelerbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der geltenden Datenschutzbestimmungen entsprechend dieses Vertrages auszuwählen. Der Auftrag ist schriftlich zu erteilen, insbesondere sind Regelungen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffen.

§ 12

Vergütung und Abrechnung von Leistungen

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V und durch § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen. Sollten in den Richtlinien nach § 302 SGB V Regelungen getroffen werden, die über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens hinausgehen, sind hierzu vertragliche Regelungen zu treffen.

- (2) Der Indikationsschlüssel ist im Rahmen des Datenträgeraustauschs (DTA) im Datensatz der AOK PLUS zu übersenden. Sofern vom Vertragsarzt der ICD10-Code auf der Heilmittelverordnung angegeben wurde, ist dieser ebenfalls im Rahmen des DTA im Datensatz der AOK PLUS zu übermitteln.
- (3) Die Abrechnung erfolgt gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung einmal monatlich je Heilmittelerbringer für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen und ist, im auf die letzte Behandlung folgenden Monat, bei der AOK PLUS einzureichen. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
- (4) Die Bezahlung der Rechnungen durch die AOK PLUS erfolgt innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungen bei der AOK PLUS. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.
- (5) Der Heilmittelerbringer kann zur Erfüllung seiner Verpflichtungen eine Abrechnungsstelle in Anspruch nehmen bzw. die Forderung an eine Abrechnungsstelle abtreten (§ 302 Abs. 2 SGB V). Erfolgt die Abtretung der Forderung an eine Abrechnungsstelle, so zahlt die AOK PLUS nach Eingang der schriftlichen Abtretungsanzeige bei der AOK PLUS an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf der Abtretungserklärung durch den Heilmittelerbringer bei der AOK PLUS eingegangen ist. Die Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Abtretung, insbesondere die Zustimmung der Versicherten zur Weitergabe ihrer Daten an die Abrechnungsstelle werden vom Heilmittelerbringer beachtet. Die Abtretung an eine andere Stelle als eine Abrechnungsstelle i. S. § 302 Abs. 2 SGB V ist nicht zulässig.
- (6) Die vom Heilmittelerbringer unterzeichnete Beauftragung einer Abrechnungsstelle bzw. die Abtretungserklärung muss folgende Angaben enthalten: Anschrift und Institutionskennzeichen des Heilmittelerbringers, Name der beauftragten Abrechnungsstelle mit Institutionskennzeichen, Beginn oder Ende der Abrechnung.
- (7) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der gegenüber der AOK PLUS gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungshelfer des Heilmittelerbringers (§ 278 BGB).
- (8) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Heilmittelerbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (9) Nach Vorliegen der Abtretungserklärung darf die AOK PLUS dem Abrechnungszentrum im Zusammenhang mit Zulassung und Rechnungsabrechnung sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur Rechnungsabrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.
- (10) Die erbrachten Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 2 vergütet. Die genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten für verordnete Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung einschließlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer abgegolten.
- (11) 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 § 43 b SGB V vom Heilmittelerbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben.

Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

- (12) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK PLUS den Heilmittelerbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Heilmittelerbringers vor.
- (13) Der Heilmittelerbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsbeanstandungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls. Nur in begründeten Ausnahmefällen stellt die AOK PLUS auf Anforderung des Heilmittelerbringers Verordnungenkopien zur Verfügung.
- (14) Der Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses der Leistungserbringung bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der AOK PLUS verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung. Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet wurden, die nicht nach den vertraglichen Vorgaben erbracht wurden.
- (15) Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die AOK PLUS kann der Heilmittelerbringer die Wiedereinreichung der Rechnung innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vornehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.

§ 13 Beendigung der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der AOK PLUS endet bei

- a) Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis
- b) Widerruf nach § 124 Abs. 6 SGB V

§ 14 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt ein zugelassener Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die AOK PLUS schriftlich abmahnen; die AOK PLUS setzt ggf. eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Vertragspartner fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die AOK PLUS nach erfolgter Anhörung ggf. unter Einbeziehung von Vertretern des betroffenen Berufsverbandes eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung von gravierenden organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

- Verstöße gegen die Datenschutzgesetze (SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG)
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 15

In-Kraft-Treten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.08.2013 in Kraft und ersetzt den Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen vom 01.04.2006.
- (2) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.12.2014 schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Posteingangs. Bis zum In-Kraft-Treten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Für die Vergütungsvereinbarung gilt eine besondere dort festgelegte Kündigungsfrist. Die Vergütungsvereinbarung ist Anlage des Rahmenvertrages. Bei einer Kündigung gelten die Preise bis zur Vereinbarung neuer Preise vorläufig weiter. Bei Ablauf der Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.

§ 16

Schriftform

Sämtliche Vertragsanpassungen bzw. Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für Änderungen oder Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

§ 17

Salvatorische Klausel

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. 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.

Dresden, den

Deutscher Verband der
Ergotherapeuten e.V.

AOK PLUS

Anlagen
zum Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen

Anlage 1

Anerkenniserklärung

Anlage 2 (entspricht der z. Z. gültigen Anlage 4
zum Vertrag vom 01.04.2006)

Vergütungsvereinbarung vom 01.07.2012