

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

zwischen

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.
(nachstehend DVE genannt)**

und

**der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse,
Eisenberg**

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Saarbrücken

dem BKK Landesverband Mitte, Hannover

der IKK Südwest, Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Vertragsgegenstand und Geltungsbereich	3
Allgemeine Grundsätze	4
§ 2 Heilmittel	4
§ 3 Leistungsgrundlagen	4
§ 4 Gesetzliche Zuzahlung	5
§ 5 Abgabe von Heilmitteln.....	5
§ 6 Wahl des Heilmittelerbringers.....	6
§ 7 Datenschutz.....	6
Qualität der Therapie, der Versorgungsabläufe und der Therapieergebnisse	6
§ 8 Barrierefreiheit.....	6
§ 9 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung.....	7
§ 10 Organisatorische Voraussetzungen.....	7
§ 11 Vertretung.....	8
§ 12 Prozessqualität.....	9
§ 13 Aufbewahrungsfrist	10
Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt.....	10
§ 14 Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit	10
§ 15 Verordnung	12
Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung.....	14
§ 16 Wirtschaftlichkeit.....	14
§ 17 Wirtschaftlichkeitsprüfung	14
Vergütung	15
§ 18 Allgemeine Grundsätze	15
§ 19 Verwendung des Institutionskennzeichens	16
§ 20 Abrechnungsregelungen	17
§ 21 Vertragspartnerschaft	18
§ 22 Vertragsausschuss.....	18
§ 23 Vertragsverstöße/Regressverfahren	18
§ 24 Inkrafttreten/Kündigung	19
§ 25 Salvatorische Klausel	20
Protokollnotiz:.....	21

Präambel

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Berufsverband verfolgen mit dem Rahmenvertrag das Ziel, die gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Ergotherapie in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten. Die Partner dieses Rahmenvertrages verpflichten sich, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Umsetzung der Rahmenempfehlungen Sorge zu tragen.

§ 1 Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

(1) Der Vertrag regelt:

- a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Primärkassen in Rheinland-Pfalz und im Saarland mit ergotherapeutischen Leistungen (nachfolgend Heilmittel genannt) gemäß § 32 Abs. 1 SGB V,
- b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.

(2) Die Vertragsbestandteile sind im Einzelnen:

- a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
(Es gilt die Anlage 1 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gem. § 125 Abs. 1 SGB V „Leistungsbeschreibung Ergotherapie“ in der Fassung vom 15.04.2016 zwischen den Vertragspartnern als vereinbart.)
- b) Fortbildungsvereinbarung (Anlage 2)
(Es gilt die Anlage 2 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gem. § 125 Abs. 1 SGB V „Fortbildung im Bereich Ergotherapie“ in der Fassung vom 15.04.2016 zwischen den Vertragspartnern als vereinbart.)
- c) Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie (Anlage 3)
(Es gilt die Anlage 3 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gem. § 125 Abs. 1 SGB V „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie“ in der jeweils aktuellen Fassung zwischen den Vertragspartnern als vereinbart.)
- d) Verpflichtungserklärung (Anlage 4)

e) Preisvereinbarung (Anlage 5a (Rheinland-Pfalz) und 5b (Saarland))

f) Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung (Anlage 6)

(3) Dieser Vertrag gilt:

a) für die Versorgung von Versicherten der im Rubrum genannten Kassenarten,

b) für die in Rheinland-Pfalz bzw. im Saarland zugelassenen Heilmittelerbringer, sofern sie die Verpflichtungserklärung nach Anlage 4 unterzeichnet haben.

(4) Die Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.

Allgemeine Grundsätze

§ 2 Heilmittel

(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Dieser Rahmenvertrag umfasst Maßnahmen der Ergotherapie.

(2) Heilmittel im Sinne dieses Vertrags sind solche, die nach der geltenden Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL) verordnungsfähig und in der Anlage 1 dieses Vertrags vereinbart sind.

(3) Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Die Bestimmungen dieses Vertrages sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und ihre gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter zu beachten und anzuwenden.

§ 3 Leistungsgrundlagen

(1) Ergotherapie als Heilmittel nach diesem Vertrag wird ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht (s. § 17).

- (2) Der Ergotherapeut / die Ergotherapeutin (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt) erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (nachfolgend therapeutische Angestellte genannt) durchführen.
- (3) Die Durchführung einer Therapie darf nur durch zugelassene Praxen erfolgen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.

§ 4 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Erstattet der Heilmittelerbringer zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
- (2) Zahlen Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Heilmittelerbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Es gilt § 43c SGB V.
- (3) Eine Zuzahlung für ergotherapeutische Schienen sowie für die Übermittlung des Therapieberichtes wird nicht erhoben.

§ 5 Abgabe von Heilmitteln

- (1) Heilmittelerbringer sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Ergotherapie auf der Grundlage einer ergotherapeutischen Diagnostik¹, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1).
- (2) Wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Patient/Patientin und therapeutischer Fachkraft nachhaltig gestört ist, darf der Heilmittelerbringer die Therapie einer/eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen. Die therapeutische Fachkraft informiert in diesem Fall den Arzt.

¹ Anpassung des Begriffs „Befunderhebung“ an die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV), inhaltliche Änderungen der Leistung ergeben sich hieraus nicht.

§ 6 Wahl des Heilmittelerbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen von Heilmittelerbringern.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

§ 7 Datenschutz

- (1) Der Heilmittelerbringer 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 der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Heilmittelerbringer hat alle in der Praxis Tätigen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
- (2) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

Qualität der Therapie, der Versorgungsabläufe und der Therapieergebnisse

§ 8 Barrierefreiheit

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.

§ 9 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (3) Die oder der Zugelassene/die fachliche Leitung hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung ihres/seines Berufsverbandes oder eines kassenseitigen Vertragspartners der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V innerhalb eines Monats zu erbringen.
- (4) Die therapeutischen Angestellten haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Externe Fortbildungen sollen die in Anlage 2 Ziffer 5 bis 8 beschriebenen Qualitätsanforderungen erfüllen.

§ 10 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Die oder der Zugelassene/die fachliche Leitung hat ganztagig in der Praxis als therapeutische Fachkraft zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Therapie der Anspruchsberechtigten anderweitig sicher zu stellen. Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen, sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Die Abgabe der Leistungen der Ergotherapie kann Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern übertragen werden, die zur Führung der Berufsbezeichnung „Ergotherapeutin“ oder „Ergotherapeut“ berechtigt sind.
- (3) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine therapeutischen Fachkräfte zu melden sowie deren Qualifikation und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Änderungen sind ebenfalls innerhalb von zwei Wochen zu melden. Hiervon abweichend kann die jeweilige zulassende Stelle darauf verzichten. Der Verzicht ist gegenüber dem DVE zu erklären.

- (4) Ein Wechsel der fachlichen Leitung ist unverzüglich mitzuteilen.
- (5) 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.
- (6) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (7) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (8) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und weiterzuführen.
- (9) 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.

§ 11 Vertretung

- (1) Bei Vertretungszeiträumen, die über die in § 12 Absatz 1 Satz 2 genannten 8 Wochen 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 des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat den zulassenden Stellen die Personalien der ihn vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mindestens vier Wochen vor Beginn mitzuteilen. Die vertretende Person muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V (Berufsurkunde) erfüllen und nachweisen. Der Zugelassene stellt sicher, dass dem Vertreter die Inhalte des Rahmenvertrages bekannt sind und lässt sich dies schriftlich bestätigen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V und

sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich mindestens 4 Wochen im Voraus zu beantragen. Absatz 1 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

- (3) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit der ihn vertretenden Person nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 12 Prozessqualität

- (1) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- a) Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt im Sinne der HeilM-RL (vgl. § 14),
- b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit der/des Versicherten,
- c) ergotherapeutische Diagnostik,
- d) Anwendung des verordneten Heilmittels,
- e) Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5),
- f) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs und
- g) Dokumentation des Therapieverlaufs gemäß Abs. 3.

- (2) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,

- a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Therapie Beteiligten herbeizuführen,
- b) Patientinnen und Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
- c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.

- (3) Der Heilmittelerbringer hat für jede behandelte Versicherte/für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung (**Anlage 1**) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

§ 13 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation nach § 12 Abs. 3 ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 7). Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch zu beachten.

Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt

§ 14 Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit

- (1) Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt und die die Verordnung ausführende therapeutische Fachkraft in zulässiger Art und Weise (vgl. § 128 SGB V) eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen der Ärztin/dem Arzt, die/der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage der Verordnung gemacht hat, und der therapeutischen Fachkraft, die für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Zusammenarbeit sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Therapie.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf die Ärztin/den Arzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer/seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Therapie gilt Folgendes:
- a) Sofern die Ärztin/der Arzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Therapie innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeit-

raums begonnen werden. Kann die Therapie in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen der Ärztin/dem Arzt und dem Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.² Wird der ärztlicherseits angegebene Behandlungsbeginn nicht eingehalten oder der einvernehmlich vereinbarte Behandlungsbeginn nicht begründet und dokumentiert, so wird die Verordnung ungültig. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen wurde.

- b) Ergibt sich aus der ergotherapeutischen Diagnostik, dass das von der Ärztin/vom Arzt benannte Therapieziel durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich die Ärztin/den Arzt, die/der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

(5) Für die Durchführung der Therapie gilt Folgendes:

- a) Behandlungsunterbrechungen im Sinne von lit. d) stellen keine Abweichung von der Frequenz dar.
- b) Ergibt sich bei der Durchführung der Therapie, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin/der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich die Ärztin/den Arzt, die/der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Therapie zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren². Soll die Therapie mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- c) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der Verordnungsmenge erreicht, ist die Therapie zu beenden.

²

Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

- d) Wird die Therapie um einen längeren als den in der jeweils geltenden HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraum unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit für die verbleibenden Therapieeinheiten.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten ist zu berücksichtigen, dass die Therapie in begründeten Ausnahmefällen z.B. krankheits-, ferien- oder urlaubsbedingt unterbrochen werden kann oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Im Interesse des bestmöglichen Therapieerfolges, der Solidargemeinschaft und der Volkswirtschaft sind die Unterbrechungen auf ein Mindestmaß zu begrenzen.

Begründete Ausnahmefälle sind folgendermaßen definiert: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt (T), Krankheit der Patientin/des Patienten bzw. Therapeutin/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub der Patientin/des Patienten bzw. Therapeutin/Therapeuten (F).

Der Heilmittelerbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (K, F oder T) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt². Die therapeutische Fachkraft hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, andernfalls ist die Therapie abubrechen. Unter den vorgenannten Voraussetzungen wird eine Unterbrechung der Therapie bis zu einer Dauer von maximal 28 Tagen akzeptiert.

Sofern das Therapieziel aus therapeutischer Sicht gefährdet ist, verpflichtet sich die therapeutische Fachkraft mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt Kontakt aufzunehmen um den weiteren Therapieverlauf abzustimmen.

- e) Bricht die therapeutische Fachkraft die Therapie z.B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der Patientin/des Patienten ab, informiert sie die Ärztin/den Arzt hierüber.

§ 15 Verordnung

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V entspricht. Zur Abgabe der verordneten

Leistungen ist der Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5) berechtigt und verpflichtet. Die Anlage 3 konkretisiert dabei die Formerfordernisse der HeilM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen der Ergotherapie. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung durch den Heilmittelerbringer sind nach der HeilM-RL möglich.

- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die abgegebene Therapie sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch ist vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich d.h. im Wortlaut und unter Angabe des Datums darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe von der Patientin/vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Ist der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage selbst zu unterschreiben, kann die Bestätigung durch eine betreuende Person erfolgen. Ein klärender Vermerk ist auf der Verordnung anzubringen. Verordnungen von Versicherten, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind vom Erziehungsberechtigten bzw. der betreuenden Person zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte bzw. betreuende Personen von Kindern in o.g. Alter bestätigen am Ende der Therapieserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistungen selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs, die Übermittlung eines Therapieberichts sowie Wegegeld oder Wegegeldpauschale sind nicht zu bestätigen.
- (4) 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.
- (5) Nimmt eine Krankenkasse einen ausgesprochenen Genehmigungsverzicht nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL zurück, so soll sie den DVE mindestens 3 Monate im Voraus informieren. Ist dies nicht möglich, oder spricht sie einen Genehmigungsverzicht aus, informiert sie unverzüglich hierüber.

Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

§ 16 Wirtschaftlichkeit

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. § 5),
- c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt (vgl. § 14 Abs. 1 bis 3),
- d) fristgerechter Behandlungsbeginn,
- e) Regeltherapiezeit je Therapieeinheit,
- f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels,
- g) Therapiefrequenz,
- h) Status/Zustand und Kooperation der Patientin/des Patienten.

§ 17 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Jeder kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten. Der DVE kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Der jeweilige kassenseitige Vertragspartner dieses Vertrags nach § 125 Abs. 2 SGB V teilt dem Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig – möglichst 14 Tage vorher - mit. In begründeten Einzelfällen kann die Frist kürzer sein. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.

- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist den kassenseitigen Vertragspartnern innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation und andere sich aus diesem Rahmenvertrag ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet der kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 23 vor und berechtigt den kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

Vergütung

§ 18 Allgemeine Grundsätze

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
.
- (2) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.

- (3) Für die erbrachten Leistungen nach Anlage 1 dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 32 i.V.m. § 61 SGB V keine weiteren Aufzahlungen von der Versicherten/vom Versicherten gefordert werden.
- (4) Die vereinbarten Hausbesuchsvergütungen dürfen hinsichtlich der Zuzahlung nicht zu Ungleichbehandlungen von Versicherten führen.

§ 19 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder Heilmittelerbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das sie/er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede (Zweit-) Praxis ist neben der gesonderten Zulassung ein gesondertes IK zu führen, das bei der Abrechnung für die in der jeweiligen Praxis erbrachte Leistung anzugeben ist.
- (2) Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der ARGE IK mitzuteilen.
- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den Landesverbänden bei der Beantragung der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem jeweiligen IK. Das IK ist bei jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkassen unbekannten IK.
- (4) Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der ARGE IK gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (5) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der ARGE IK abzumelden.

§ 20 Abrechnungsregelungen

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung.
- (3) Die Rechnungsbeträge sind innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der Krankenkasse fällig. Maßgeblich für den fristgerechten Eingang ist die Gutschrift auf dem Konto des Leistungserbringers. (es gilt § 675n Abs. 2 BGB). Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (4) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Kalendermonaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung aufgerechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technischen Anlage 1 (der Richtlinien nach § 302 SGB V) von der Krankenkasse zu begründen. Rückforderungen nach Ablauf von 12 Kalendermonaten können nur mit dem Einverständnis des Heilmittelerbringers aufgerechnet werden, es sei denn, es liegt ein Vertragsverstoß oder eine strafbare Handlung des Heilmittelerbringers vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.
- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Kalendermonaten nach Behandlungsende der Verordnung nicht mehr erhoben werden.
- (6) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Heilmittelerbringers vor. Zahlungen an die Abrechnungs-/Verrechnungsstelle, die mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen, setzen voraus, dass der zuständigen Kasse eine Ermächtigungserklärung des Heilmittelerbringers vorliegt und im Abrechnungsverfahren die Bestimmungen des Rahmenvertrages eingehalten werden. Forderungen gegen die Krankenkassen können an Dritte nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkasse abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von den vertraglichen Vereinbarungen.
- (7) Teilabrechnungen bereits erbrachter Leistungen sind nicht möglich.

§ 21 Vertragspartnerschaft

- (1) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

§ 22 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzte sich aus Vertretern der vertragsbeteiligten Landesverbände der Krankenkassen einerseits und den Vertretern des DVE andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 23 Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene Krankenkasse schriftlich warnen; sie setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.

- (2) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 12 bis 14),
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,

- c) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 8),
 - d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - e) Erhebungen von Aufzahlungen, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinaus gehen,
 - f) Verzicht auf die gesetzliche Zuzahlung
- (3) Bei Verstößen gegen § 128 Abs. 5b SGB V (Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten) in Verbindung mit § 128 Abs. 2 SGB V gelten die o. g. Absätze 1 bis 2 entsprechend. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen im Sinne des Satzes 1 kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Ein Verstoß nach § 128 Abs. 2 SGB V liegt insbesondere vor, wenn der Leistungserbringer seine Praxisräume erheblich über oder unter den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet.

§ 24 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.05.2017 in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag für das Bundesland Rheinland-Pfalz vom 01.05.2007 sowie den Rahmenvertrag für das Bundesland Saarland vom 01.04.2006. Für bisher zugelassene Heilmittelerbringer mit Sitz in diesen Bundesländern gilt dieser Rahmenvertrag, ohne dass der Leistungserbringer eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
- (2) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2018 schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.
- (3) Bei Änderungen der HeilM-RL sowie der Rahmenempfehlung Ergotherapie werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

§ 25 Salvatorische Klausel

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

Eisenberg, Saarbrücken, Mainz, Karlsbad, den ____ . ____ . 2017

Deutscher Verband der
Ergotherapeuten e.V. (DVE

AOK – Die Gesundheitskasse Rheinland-
Pfalz / Saarland

BKK Landesverband Mitte

IKK Südwest

KNAPPSCHAFT

Protokollnotiz:

1. Die Vertragspartner sind zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrages noch unterschiedlicher Auffassung in Bezug auf eine Vergütung für auswärtige Leistungserbringung im Sinne von § 11 Abs. 2 HeilM-RL. Es besteht Einigkeit darüber, dass es aufgrund gesellschaftspolitischer Entwicklungen sinnvoll erscheint, diesen Sachverhalt neu zu bewerten und erneut aufzugreifen.
2. Der DVE verpflichtet sich, auf eine gewissenhafte Umsetzungen der Regelung zu den Behandlungsunterbrechungen gemäß § 14 Abs. 5 lit. d) bei den Therapeuten hinzuwirken. Die Krankenkassen evaluieren nach Ablauf eines Jahres die vorgenannte Regelung. Sollte sich die Notwendigkeit einer Anpassung ergeben, wird diese in Abstimmung mit dem DVE vorgenommen.