

**Vertrag  
gemäß § 125 SGB V  
über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen**

zwischen

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

- einerseits -

und

der AOK Sachsen-Anhalt  
Lüneburger Straße 4  
39106 Magdeburg  
(nachstehend AOK genannt)

- andererseits -

wird folgender Vertrag geschlossen:

## **Inhaltsverzeichnis**

- § 1      Gegenstand des Vertrages
- § 2      Geltungsbereich
- § 3      Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen, Zulassungsempfehlungen
- § 4      Zulassung
- § 5      Wirtschaftlichkeit
- § 6      Art, Umfang und Abgabe von Leistungen
- § 7      Qualitätssicherung
- § 8      Maßnahmen zur Fortbildung
- § 9      Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und  
          verordnendem Vertragsarzt
- § 10     Wahl des Heilmittelerbringers/Werbung
- § 11     Haftung für Mitarbeiter und Vertreter
- § 12     Datenschutz
- § 13     Vergütung und Abrechnung von Leistungen
- § 14     Vertragsverstöße
- § 15     Inkrafttreten und Kündigung
- § 16     Schlussbestimmungen

## **Präambel**

Die Inhalte der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V (HeilM-RL) und die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gelten unmittelbar auch für die Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten Heilmittelabgabe.

Der DVE und die AOK schließen diesen Vertrag mit dem Ziel, eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie zu gewährleisten. Dies beinhaltet insbesondere auch Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Partner dieses Vertrages verpflichten sich, die Regelungen dieses Vertrages gewissenhaft einzuhalten und umzusetzen.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag regelt unter Berücksichtigung der jeweils geltenden HeilM-RL gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 i. V. m. § 91 Abs. 9 SGB V sowie der Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V Einzelheiten der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen für die Versicherten der AOK.
- (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) Die Anlagen 1 – 4 sind Bestandteile des Vertrages:
  1. Anerkennniserklärung nach § 124 Abs. 2 S. 3 SGB V,
  2. Erklärung zur Verordnungsabrechnung nach § 302 SGB V,
  3. Leistungsbeschreibung,
  4. Vergütungsvereinbarung
  5. Fortbildungsverpflichtung
- (4) Soweit sich aus den gesetzlichen Vorgaben im Sinne des Sozialgesetzes Fünftes Buch und der HeilM-RL sowie der jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich auf einen Verhandlungstermin, mit dem Ziel der Umsetzung dieser Regelungstatbestände.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die AOK
- b) für Praxen für Ergotherapie, denen die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V erteilt worden ist und die die Anerkenntniserklärung für diesen Vertrag schriftlich gegenüber der AOK abgegeben haben.
- c) Dieser Vertrag gilt nicht für Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V.

## **§ 3 Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen, Zulassungsempfehlungen**

- (1) Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V inkl. der Leistungsbeschreibungen in der jeweils gültigen Fassung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sowie die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind von den zugelassenen Leistungserbringern zu beachten, soweit dieser Vertrag nichts Abweichend regelt.
- (2) Soweit sich aus den jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung.

## **§ 4 Zulassung**

- (1) Die Zulassung von Heilmittelerbringern erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen ist der DVE beratend tätig. Die Vertragspartner kommen darin überein, dass die Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung für das Zulassungswesen bindend sein sollen. Eine ordnungsgemäße Leistungserbringung im Sinne dieses Vertrages ist insoweit nur für Leistungserbringer gegeben, die über eine ordnungsgemäße Zulassung unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V verfügen.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen der AOK einzureichen. Es ist ein zum Datum des Zulassungsbegins gültiges Institutionskennzeichen zu beantragen und vor der ersten Abrechnung der AOK vorzulegen.
- (3) Vor Bekanntgabe der Zulassung gemäß § 124 SGB V i. V. m. § 37 SGB X ist der Antragsteller nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen für Versicherte der AOK anzunehmen und zu realisieren sowie mit der AOK abzurechnen.

- (4) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat an mindestens fünf Tagen in der Woche ganztägig die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten der AOK in seiner Praxis sicherzustellen.
- (5) Die Zulassung ist nicht übertragbar, sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung oder eine Verlegung der Praxis der AOK soweit im Vorfeld schriftlich und unter Vorlage prüffähiger Unterlagen mitzuteilen, dass eine Überprüfung durch die AOK erfolgen kann (spätestens 3 Wochen vorher). Im Falle des Wechsels der fachlichen Leitung oder der Verlegung der Praxis ist die Erteilung der Zulassung erneut zu beantragen. Auch alle sonstigen, das Zulassungs- oder Vertragsverhältnis betreffenden Veränderungen hat der Leistungserbringer der AOK unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (6) Soweit Zugelassene behandlungsberechtigte Mitarbeiter (auch freie Mitarbeiter) beschäftigen wollen, müssen diese die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Ergotherapeutengesetz (ErgThG) besitzen. Die Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung der fachlichen Mitarbeiter ist der AOK unaufgefordert im Original oder beglaubigter Kopie vorzulegen. Die monatliche Abrechnung (§ 13) ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen.
- (7) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, der AOK 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 zwei Wochen zu übermitteln. Dabei ist die Anerkenniserklärung nach Anlage 1 dieses Vertrages auch durch freie Mitarbeiter zu unterzeichnen.
- (8) Änderungen zur Person, Praxisanschrift und Bankverbindung sind unverzüglich der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in 53757 Sankt Augustin (ARGE-IK) mitzuteilen.
- (9) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bzw. 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 Anforderungen an den Nachweis richten sich nach den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V. Die AOK ist über die Vertretung unverzüglich, im Falle planbarer Vertretungen mindestens 14 Tage vor Eintritt des Vertretungsfalles schriftlich zu informieren und die entsprechenden Nachweise vollständig zu erbringen. Vertretungen für länger als sechs Monate bedürfen der Genehmigung durch die AOK und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Hierbei hat der Leistungserbringer vor Beginn der genehmigungspflichtigen Vertretung die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen sowie die fachliche Qualifikation des Vertreters nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V gegenüber der AOK nachzuweisen.
- (10) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
- (11) Beim Tod eines Heilmittelerbringers gilt die Zulassung bis zu sechs 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 verlängert werden.

## **§ 5 Wirtschaftlichkeit**

- (1) Der Leistungserbringer hat eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach den Regelungen dieses Vertrages sowie der §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V zu gewährleisten.
- (2) Die Leistungen dürfen nur im notwendigen Umfang, entsprechend der Leistungsbeschreibung nach Anlage 3 und der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 4, in enger Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt sowie unter Beachtung des fristgerechten Behandlungsbeginns abgegeben werden.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungsabgabe nur im medizinisch erforderlichen Umfang erfolgt; dies schließt eine laufende Überprüfung des Umfangs der von den Vertragsärzten verordneten und der erfolgten Leistungsabgabemenge zur Erreichung des Behandlungsziels ein.
- (4) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - a) Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,
  - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung,
  - c) Fristgerechter Behandlungsbeginn,
  - d) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit,
  - e) Behandlungsfrequenz,
  - f) Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels,
  - g) Status/Zustand und Kooperation des Patienten,
  - h) Inhalt und Umfang der Kooperation mit dem Vertragsarzt.

## § 6

### 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 3).
- (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) 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.
  - b) 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.
  - c) 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.
  - d) die Verordnungsmenge  
Fehlt die Angabe „Verordnungsmenge“, ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen.
  - e) das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog  
Fehlt die Angabe „Heilmittel“, ist die Verordnung zur Ergänzung dem verordnenden Vertragsarzt vorzulegen.
  - f) 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.

- g) 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.
  - h) die Leitsymptomatik  
Die Leitsymptomatik ist nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Fehlt die Angabe „Leitsymptomatik“ ist die Verordnung dem Vertragsarzt zur Ergänzung vorzulegen
  - i) der ICD-10-Code  
Fehlt die Angabe des ICD-10-Codes auf der Verordnung, muss die konkrete individuelle Diagnose im Klartext angegeben sein. Fehlt sowohl der ICD-10-Code als auch die Diagnose im Klartext, so ist die Verordnung dem behandelnden Arzt zur Ergänzung vorzulegen.
  - j) 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.
  - k) 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,
- (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 Änderung 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 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 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 bis zu 28 Kalendertagen bei: 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 die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

- (8) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der AOK 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 4a, 4b, 4f und 4g 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 4c, 4d und 4h 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 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 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 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.

## **§ 7 Qualitätssicherung**

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür entsprechend der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V qualifizierten und – soweit die für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist – von entsprechend weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen. Soweit dies für die entsprechenden Leistungen maßgeblich ist, besteht ein Vergütungsanspruch nur, soweit eine entsprechende Abgabeberechtigung bzw. Zulassungserweiterung erteilt worden ist.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- a. Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt,
  - b. 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 Qualitätsmaßnahmen zu beteiligen.
- (4) Die AOK ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen. Sie teilt den Heilmittelerbringer 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 gewähren. 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 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 gemäß § 15 dieses Vertrages.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten der AOK eine Verlaufsdokumentation gemäß der Anlage 1b vom 01.09.2005 der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen dem Spitzenverband Bund und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 25.09.2006 sowie nach Ziffer 8 der Anlage 3 der Leistungsbeschreibung 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 mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erfüllt.

- (8) Der Heilmittelerbringer darf Praktikanten im Sinne des ErgThG in der jeweils gültigen Fassung nur während der Zeit der therapeutisch-praktischen Ausbildung beschäftigen und muss sicherstellen, dass sie ausschließlich 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.

## **§ 8**

### **Maßnahmen zur Fortbildung**

Der Zugelassene/fachliche Leiter ist verpflichtet, sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 der Rahmenempfehlungen vom 15.04.2016 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 2 der Rahmenempfehlungen vom 15.04.2016, gültig ab 01.05.2016 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 5.3 zählen.

Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der AOK zu erbringen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend. Die Regelungen zum Verfahren ergeben sich aus der Anlage 5 dieses Vertrages.

## **§ 9**

### **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.

## **§ 10**

### **Wahl des Heilmittelerbringers/Werbung**

- (1) Der Versicherte kann unter den Heilmittelerbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die AOK gibt ihren Versicherten die Anschriften der Heilmittelerbringer auf Anfrage oder in sonstiger geeigneter Weise bekannt.

- (3) Mit der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und der AOK im Besonderen 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 Vertragsärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, nicht gestattet ist.

## **§ 11**

### **Haftung für Mitarbeiter und Vertreter**

- (1) Der zugelassene Heilmittelerbringer haftet für die von Mitarbeitern erbrachten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des BGB. Er hat sich regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen. Darüber hinaus ist er verantwortlich, dass auch von seinen Mitarbeitern/freien Mitarbeitern die Regelungen dieses Vertrages eingehalten werden und trägt die fachliche Verantwortung für seine Mitarbeiter.
- (2) Er haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach § 4 im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des BGB.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz, die angestellten und freien Mitarbeiter sowie für die Dauer seiner Zulassung eine ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden sowie ggf. zur Absicherung des Datenschutzrisikos (Höhe Deckungssumme für Personenschäden in ausreichender Höhe gemäß § 11 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen) abzuschließen und zu unterhalten. Das Bestehen der Versicherung ist der AOK schriftlich nachzuweisen

## **§ 12**

### **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 an ihn 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 Auftragserfüllung 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 § 13 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.

### **§ 13**

#### **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 (wie z. B. die Zahlungsfrist), sind hierzu vertragliche Regelungen zu treffen.
- (2) Die Abrechnung erfolgt gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung grundsätzlich einmal monatlich je Heilmittelerbringer für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen und ist im auf die letzte Behandlung folgenden Monat bei der AOK einzureichen. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
- (3) Die Bezahlung der Rechnungen durch die AOK erfolgt spätestens innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungen bei der AOK. Ist der Fälligkeitstag ein Sonntag, ein anerkannter Feiertag oder ein Sonnabend, so tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (4) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen) bei der AOK vorliegen. Es gilt der Posteingang bei der AOK. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand). Die AOK begleicht korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Die AOK behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.
- (5) Der Heilmittelerbringer kann zur Erfüllung seiner Verpflichtungen eine Abrechnungsstelle in Anspruch nehmen bzw. die Forderung an eine Abrechnungsstelle zur Einziehung abtreten (§ 302 Abs. 2 SGB V). Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen. Erfolgt die Abtretung der Forderung an eine Abrechnungsstelle, so zahlt die AOK nach Eingang der

schriftlichen Abtretungsanzeige bei der AOK an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf der Abtretungserklärung durch den Heilmittelerbringer bei der AOK 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 neben Schuldbefreiungs- und Abtretungserklärung folgende Angaben enthalten: Anschrift und Institutionskennzeichen des Heilmittelerbringers, Name der beauftragten Abrechnungsstelle mit Institutionskennzeichen, Beginn oder Ende der Abrechnung.

Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der gegenüber der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Der Leistungserbringer haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.

- (7) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Heilmittelerbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (8) Nach Vorliegen der Abtretungserklärung darf die AOK dem Abrechnungszentrum im Zusammenhang mit Zulassung und Verordnungsabrechnung sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur Verordnungsabrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.
- (9) Die erbrachten Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 4 vergütet. Die genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten für verordnete Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung einschließlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer nach der jeweils gültigen Leistungsbeschreibung (Anlage 3) abgegolten.
- (10) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK den Heilmittelerbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Heilmittelerbringers vor.
- (11) Der Heilmittelerbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls. In begründeten Ausnahmefällen stellt die AOK auf Anforderung des Heilmittelerbringers Verordnungskopien zur Verfügung.
- (12) Der Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses der Leistungserbringung bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der AOK verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung. Es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung vor.
- (13) Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die AOK hat der Heilmittelerbringer die Wiedereinreichung der Rechnung innerhalb von 6 Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen kön-

nen nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.

- (14) Dem Heilmittelerbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweis-pflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und Verordnungen bei der AOK. Der auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel sowie der ICD-10-Code sind in der Abrechnung der Krankenkasse zu übermitteln (Abrechnungsdaten-satz).
- (15) Vom Versicherten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V) keine weiteren Zahlungen gefordert werden. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43 b SGB V vom Leistungser-bringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Leistungserbringer zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die dem Versicherten ausgestellte Quittung entspre-chend.
- (16) Für die Berechnung der Zuzahlungspflicht der leistungsbezogenen Zuzahlung ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung (Behandlungstag) ausschlaggebend. Für die Zuzah-lungspflicht der verordnungsbezogenen Zuzahlung ist der Verordnungstag maßgeblich. Vom Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Behandlungstag-abbrüchen) sind von diesem an den Versicherten zurückzuerstatten; die Patientenquit-tung wird entsprechend geändert. Die Zuzahlung des Versicherten darf den Abrech-nungsbetrag nicht übersteigen. Verordnungen, bei denen die Zuzahlung genau dem Verordnungswert entspricht (sog. Nuller-Verordnungen) sind den Rechnungsunterla-gen in gleicher Weise beizufügen.
- (17) Für jede zugelassene Praxis (z. B. Zweigniederlassung) ist ein eigenes Institutions-kennzeichen zu beantragen und für die jeweilige Abrechnung zu verwenden. Die Ab-rechnung von Leistungen erfolgt ausschließlich über das Institutionskennzeichen der zugelassenen Praxis, in der die Leistungen durchgeführt wurden. Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Bei zulas-sungsrelevanter Veränderung wie z. B. Praxisverlegung, Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsordnung kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskenn-zeichens erfolgen.
- (18) Leistungserbringer haben Zuzahlungen, die Versicherte der AOK zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der AOK zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung (mit angemessener Fristsetzung) durch den Leistungserbringer nicht, kann der Leistungserbringer nach Ablauf der eingeräumten Frist den Zuzahlungsbetrag unter dem Nachweis der Zahlungsaufforderung an den Versicherten bei der AOK einfordern. Danach eingehende Zahlungen des Versicherten sind vom Zugelassenen an die AOK zurückzuerstatten (§ 43b SGB V). Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten lässt sich der Leistungs-erbringer den Befreiungsbescheid („Befreiung von Zuzahlungen – gilt für Zuzahlungen nach § 61 SGB V und die Praxisgebühr“) der AOK vom Versicherten vorlegen.
- (19) Ergotherapeutische temporäre Schienen im Rahmen einer Heilmittelbehandlung sind nur im Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Behandlung aufgrund einer ärzt-lichen Heilmittelverordnung (Muster 18) abrechenbar. Hierbei sind ergotherapeutische Schienen entsprechend der gültigen Vergütungsvereinbarung (Anlage 4) abrechenbar. Die AOK kann nach vorheriger Information des Vertragspartners bzw. Veröffentlichung auf der unter § 3 Abs. 1 benannten Internetplattform diese Genehmigungsfreigrenze mit einseitiger Erklärung verändern. Für die Gebührenposition der ergotherapeutische Schienen ist vom Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.

- (20) Die Ergotherapeutische Funktionsanalyse ist je Regelfall nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich – ohne gesonderte ärztliche Verordnung – abrechenbar. Die gilt einmalig auch bei einem Praxiswechsel, jedoch nicht bei einem Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis, Wechsel innerhalb einer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis bzw. Filialwechsel und dergleichen.
- (21) Die Vergütung erfolgt nur für ordnungsgemäße Verordnungen, die unter Vorlage einer Krankenversicherungskarte ausgestellt wurden und die alle Kopfdaten im Versichertenfeld enthält (z. B. das Gültigkeitsdatum der Karte).
- (22) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung (z. B. § 13 SGB V) gewählt haben, werden dem Leistungserbringer von der AOK nicht vergütet. Gegebenenfalls fälschlicherweise zur Abrechnung eingereichte Verordnungen werden im Original an den Leistungserbringer zurückgesandt. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten. Die Preise der Vergütungsvereinbarung können keine Anwendung finden. Der Versicherte ist durch den Heilmittelerbringer über mögliche zusätzliche höhere Eigenanteile zu informieren.
- (23) Für ordnungsgemäße Rechnungslegung sowie für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wurde.

## **§ 14 Vertragsverstöße**

- (1) Verstößt der zugelassene Heilmittelerbringer vorsätzlich oder fahrlässig gegen eine vertragliche Pflicht, dazu gehören auch die Meldepflichten, so kann die AOK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit sowie nach vorheriger Anhörung des Zugelassenen:
  - a) eine Verwarnung aussprechen,
  - b) eine Abmahnung erteilen,
  - c) eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 50.000 EUR,
  - d) den aufgrund der Anerkenniserklärung des Zugelassenen zwischen ihm und der AOK abgeschlossenen Versorgungsvertrag außerordentlich kündigen.
- (2) Zu den Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
  - b) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung; Änderung der vertragsärztlichen Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt,
  - c) Abrechnungsmanipulationen, die wissentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Leistungen, die nicht erbracht wurden,
  - d) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Datenschutzgesetze (SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- (3) Der zugelassene Heilmittelerbringer hat das Recht, den Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen.

- (4) Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Schadenersatz oder Rückforderung (insbesondere wegen zu Unrecht gezahlter Vergütung), bleiben hiervon unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.

## **§ 15 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2016 in Kraft und ersetzt alle bisher gültigen Verträge gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen mit dem vertragsschließenden Berufsverband DVE. Für die einzelnen Praxen, die nicht Mitglied im DVE sind, erfolgt das Inkraftsetzen der vertraglichen Regelungen frühestens mit Zugang der schriftlichen Anerkenniserklärung bei der AOK
- (2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.12.2017 gekündigt werden. Es gilt das Datum des Posteingangs. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Vertrages weiter.
- (3) Für die Vergütungsvereinbarung gilt eine besondere dort festgelegte Kündigungsfrist. Die Vergütungsvereinbarung ist Anlage des Vertrages. Bei einer Kündigung gelten die Preise bis zur Vereinbarung neuer Preise vorläufig weiter.

## **§ 16 Schlussbestimmungen**

- (1) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den Vertragspartnern sind möglich und bedürfen der Zustimmung aller Vertragsparteien. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nachträglich werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Karlsbad, Magdeburg, 13.07.2016

---

Deutscher Verband  
der Ergotherapeuten e. V.

---

AOK Sachsen-Anhalt