

**Vertrag**  
**gemäß § 125 Abs. 2 SGB V**  
**über Leistungen der Ergotherapie**

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.

(nachfolgend Berufsverband genannt)

und

der AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse

der BIG direkt gesund  
handelnd als IKK-Landesverband

dem BKK Landesverband Mitte,  
Landesvertretung Berlin-Brandenburg

der Knappschaft  
- Regionaldirektion Berlin -

(nachfolgend Landesverbände genannt)

## Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich .....	3
§ 3 Heilmittel-Richtlinien / Rahmenempfehlungen / Zulassungsempfehlungen .....	4
§ 4 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen.....	4
§ 5 Wirtschaftlichkeit.....	5
§ 6 Abgabe der Heilmittel .....	6
§ 7 Qualitätssicherung.....	7
§ 8 Strukturqualität .....	8
§ 9 Prozessqualität .....	8
§ 10 Ergebnisqualität.....	9
§ 11 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt.....	9
§ 12 Vergütung.....	11
§ 13 Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V .....	11
§ 14 Abrechnung .....	11
§ 15 Haftung .....	13
§ 16 Werbung/Verbot der Einflussnahme .....	13
§ 17 Datenschutz.....	14
§ 18 Prüfungen .....	14
§ 19 Vertragsverstöße/Regressverfahren.....	14
§ 20 Inkrafttreten und Kündigung .....	15
§ 21 Schlussbestimmungen.....	16
Protokollnotiz zum Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über Leistungen der Ergotherapie vom 01.10.2010 .....	18

Anlage 1 Anerkenniserklärung

Anlage 2 Leistungsbeschreibung Ergotherapie

Anlage 3 Vergütungsvereinbarung

Anlage 4 Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V

## **Präambel**

Die Inhalte der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V (HMR) 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 mittelbar auch für die Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten Heilmittelabgabe.

Die Landesverbände und der Berufsverband 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 Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse, der Mitgliedskassen des IKK-Landesverbandes Berlin, der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin sowie der Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag geschlossen hat bzw. diesem Vertrag nicht widerspricht, mit Leistungen der Ergotherapie gemäß § 32 SGB V sowie die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages:
  - Anlage 1 - Anerkenniserklärung
  - Anlage 2 - Leistungsbeschreibung Ergotherapie
  - Anlage 3 - Vergütungsvereinbarung
  - Anlage 4 - Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt

- a) für die AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse,
- b) für die Mitgliedskassen des IKK-Landesverbandes Berlin,
- c) für die Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag geschlossen hat bzw. diesem Vertrag nicht widerspricht,
- d) für die Knappschaft - Regionaldirektion Berlin,
- e) für die Mitglieder des Berufsverbandes, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt wor-

den ist, für die bisher zugelassenen Mitglieder des Berufsverbandes, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zugelassen sind, gilt dieser Vertrag, ohne dass die Zugelassenen eine gesonderte Erklärung abgeben müssen,

- f) für Leistungserbringer, die nicht Mitglieder des Berufsverbandes sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist; für bisher Zugelassene, die nicht Mitglieder des Berufsverbandes sind und die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zugelassen sind, gilt dieser Vertrag, ohne dass die Zugelassenen eine gesonderte Erklärung abgeben müssen.

### **§ 3 Heilmittel-Richtlinien / Rahmenempfehlungen / Zulassungsempfehlungen**

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V und die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V 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. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137 b SGB V und zu Empfehlungen nach § 137 f SGB V sind unter anderem für die Landesverbände, die Krankenkassen und die Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V).

### **§ 4 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen**

- (1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt eine auf den Praxissitz bezogene Zulassung gemäß § 124 SGB V im Land Berlin voraus.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen und für die Behandlung der Versicherten ständig bereit zu halten. Dies gilt insbesondere auch für die Vorhaltung zusätzlicher Mindesttherapieflächen für jeden gleichzeitig tätigen Mitarbeiter.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden angestellte oder freie Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen abrechnungsfähige Behandlungen nur durch geeignetes Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
- (4) Der Leistungserbringer hat den Landesverbänden alle Veränderungen, die die Zulassung betreffen (z.B.: Namensänderung, Änderung der Praxisorganisation, Praxisverlegung, zulassungsrelevante Personalveränderungen) unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Er ist verpflichtet, den Landesverbänden alle für die Praxis tätigen Therapeuten, einschließlich freie Mitarbeiter, unter Nachweis der Qualifikation/en und der wöchentlichen Arbeitszeit zu melden.
- (5) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter hat als Therapeut ganztägig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung

der Versicherten durch eine Fachkraft, die die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt, in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von acht Wochen.

- (6) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter kann sich für die Dauer bis zu sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer der gesetzlichen Elternzeit (Gesetz zum Erziehungsgeld und zur Elternzeit [BrzGG]) vertreten lassen, sofern der Vertreter die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllt.
- (7) Vertretungen für länger als sechs Monate bedürfen der vorherigen Zustimmung des jeweiligen Landesverbandes. Absatz 5 gilt entsprechend.
- (8) Der Leistungserbringer hat vor Beginn der 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 den Landesverbänden nachzuweisen. Dies gilt nicht für eine Dauer der Vertretung von bis zu acht Wochen.

### **§ 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 2 und der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 3, 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) Status/Zustand und Kooperation des Patienten
  - g) Inhalt und Umfang der Kooperation gemäß § 11

## **§ 6 Abgabe der Heilmittel**

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer nur abgegeben werden, wenn diese von einem Vertragsarzt nach den jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V auf den dafür vorgesehenen Heilmittelverordnungen (Verordnungsmuster 18) verordnet wurden und die Verordnung vollständig und aus der professionellen Sicht des Leistungserbringers plausibel ist.
- (2) Bei nicht plausiblen oder unvollständigen vertragsärztlichen Verordnungen (zum Beispiel fehlende Angaben nach der Heilmittelrichtlinien wie Arztunterschrift, Ausstellungsdatum oder vollständiger Indikationsschlüssel) hat der Leistungserbringer unverzüglich den Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und eine Richtigstellung/Ergänzung zu veranlassen. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinie mit Angabe des Datums, Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen. Zur Abgabe der vertragsärztlich verordneten Leistungen ist der zugelassene Leistungserbringer entsprechend der in diesem Vertrag im Einzelnen definierten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien berechtigt und verpflichtet. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt wird.
- (3) Vor Bekanntgabe der Zulassung gemäß § 124 SGB V i. V. m. §§ 34, 37 und 39 SGB X ist der Antragsteller nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen anzunehmen, zu realisieren und mit der jeweiligen Krankenkasse abzurechnen.
- (4) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.
- (5) Die Abgabe der Leistungen hat nur an dem in der Zulassung nach § 124 SGB V genannten Praxissitz oder im Rahmen eines vertragsärztlich verordneten Hausbesuchs zu erfolgen. Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
- (6) Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, bei derselben Diagnose und/oder Leitsymptomatik die gleichen Leistungen aus vertragsärztlichen Verordnungen - auch bei Ausstellung von verschiedenen Vertragsärzten - abzugeben.
- (7) Die Abgabe von Doppelbehandlungen ist nur im Rahmen der diagnosebezogenen Verordnungsmenge im Regelfall sowie auf der Grundlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung möglich.

- (8) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme vom Leistungserbringer auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Versicherten selbst oder in Ausnahmefällen von dessen legitimierten Vertreter durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Liegt die vertragsärztliche Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung außerhalb des Regelfalls vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der vertragsärztlichen Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.
- (9) Es ist unzulässig, andere als die verordnete/n Leistung/en abzugeben.
- (10) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (11) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Leistungserbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

## **§ 7 Qualitätssicherung**

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (3) Der Leistungserbringer bzw. fachliche Leiter kommt seiner Fortbildungsverpflichtung durch Erfüllung des Fortbildungskonzeptes nach Anlage 4 der Rahmenempfehlungen (RE) nach § 125 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung nach. Abweichend zu Ziffer 4 der Anlage 4 der RE in der Fassung vom 25.09.2006 beginnt der erste Betrachtungszeitraum ab 01.11.2010. Nach dem 01.01.2009 begonnene Fortbildungen werden auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung entsprechend der Anlage 4 der RE erfüllt werden. Erfüllt der Leistungserbringer/fachliche Leiter die Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von vier Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die vorgenannten Verbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet. Vom Beginn der Frist an können die Krankenkassen die Vergütung ausschließlich in den Fällen, in denen der Zugelassene bzw. fachliche Leiter weniger als 60 Fortbildungspunkte nachweisen kann, bis zum Ende des Monats der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung die Vergütung pauschal um 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.

- (4) Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre - in der Regel extern - fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung seines jeweiligen Berufsverbandes bzw. der Landesverbände zu erbringen.

### **§ 8 Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen. Einzelheiten sind in § 4 dieses Vertrages geregelt.

### **§ 9 Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
- a) Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt
  - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - c) Anwendung des verordneten Heilmittels
  - d) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 2)
  - e) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer sollte bereit sein,
- a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
  - b) Versicherten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - c) sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Aus der Verlaufsdocumentation sind alle Behandlungsdaten und das Behandlungsergebnis ersichtlich.
- (5) Die Verlaufsdocumentation über durchgeführte Behandlungen ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.



## **§ 10 Ergebnisqualität**

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

## **§ 11 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt**

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die vertragsärztliche Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Vertragsarzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner vertragsärztlichen Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Leistungserbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
  - a) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung begonnen werden.
  - b) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die vertragsärztliche Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.<sup>1</sup>
  - c) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue vertragsärztliche Verordnung zu erhalten.

---

<sup>1</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung.

- d) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.<sup>2</sup>

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- a) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Leistungserbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.<sup>2</sup>
- b) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren.<sup>2</sup> Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich.
- c) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- d) Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in folgenden Ausnahmefällen, sofern das angestrebte Therapieziel dadurch nicht gefährdet ist:
  - aa) Therapeutisch indizierte Unterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T)
  - bb) Krankheit des Versicherten/Therapeuten (K)
  - cc) Urlaub/Ferien des Versicherten/Therapeuten (F)

Die benannten Ausnahmefälle sind durch den Leistungserbringer auf der vertragsärztlichen Verordnung unter Hinzufügung des Datums und Handzeichens zu dokumentieren.

(6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der vertragsärztlichen Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Leistungserbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Leistungserbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

## **§ 12 Vergütung**

- (1) Die Vergütung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen ist in Anlage 3 geregelt.
- (2) Vom Versicherten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Zahlungen gefordert werden.
- (3) 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 Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Leistungserbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die dem Versicherten ausgestellte Quittung entsprechend.

## **§ 13 Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V**

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V sind in Anlage 4 dieses Vertrages geregelt.

## **§ 14 Abrechnung**

- (1) Die Abrechnung sollte je Leistungserbringer spätestens 6 Wochen nach Abschluss der jeweils vertragsärztlich verordneten Heilmittelbehandlungen erfolgen und bei der von der jeweiligen Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle innerhalb dieser Frist eingereicht werden.
- (2) Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden.
- (3) Rechnungen, die den Anforderungen der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern sowie den Regelungen dieses Vertrages nicht entsprechen, können von der jeweiligen Krankenkasse unter Angabe der Gründe zurückgewiesen werden. Bei Zurückweisung der Rechnung tritt Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (4) Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des zugelassenen Leistungserbringers einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche berufsgruppenspezifische Institutionskennzeichen zu verwenden.
- (5) Eventuelle Teilabrechnungen bedürfen der Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse. Dabei sind Teilabrechnungen bei längerfristigen Verordnungen grundsätz-

lich zulässig. Der Erstrechnung ist die vertragsärztliche Originalverordnung beizufügen, der Folgerechnung eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung.

- (6) Überträgt der zugelassene Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die jeweils zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Krankenkasse ist der Beginn und das Ende der Beauftragung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle rechtzeitig mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des zugelassenen Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlung der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der jeweiligen Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgehilfe des zugelassenen Leistungserbringers entsprechend § 278 BGB.
- (7) Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem zugelassenen Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften der zugelassene Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Krankenkassen gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (8) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 übertragen werden soll, so ist der Auftragnehmer (die Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen oder organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben des Bundesdatenschutzgesetzes, des Landesdatenschutzgesetzes Berlin sowie des Sozialdatenschutzes durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer ist der jeweiligen Krankenkasse vorzulegen.
- (9) Für die ordnungsgemäße Rechnungslegung sowie für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wurde.
- (10) Forderungen gegen die Krankenkasse können mit Ausnahme der Regelungen in Absatz 6 nicht an Dritte abgetreten werden.
- (11) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von 28 Tagen bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (12) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihre Leistungspflicht innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungsstellung, gerechnet vom Datum des Rechnungseingangs bei der Abrechnungsstelle, schriftlich zu widerrufen und Einwendungen gegen die Leistungspflicht schriftlich geltend zu machen. Von den Kran-

kenkassen zu Unrecht gezahlte Beträge sind vier Wochen nach schriftlicher Geltendmachung zurückzuzahlen. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§ 195 BGB).

- (13) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen und der jeweiligen Krankenkasse zu übermitteln. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

### **§ 15 Haftung**

- (1) Die Haftung des Leistungserbringers richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen Mitarbeitern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit seines Vertreters nach § 4 Abs. 6 und 7 im gleichen Umfang wie für seine eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.
- 4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden sowie gegebenenfalls zur Absicherung des Datenschutzrisikos (Höhe Deckungssumme für Personenschäden mindestens 1.500.000 €) abzuschließen und zu unterhalten. Im Schadensfall haftet der Leistungserbringer allein und stellt die jeweilige Krankenkasse von Haftungen frei. Das Bestehen der Versicherung ist der jeweiligen Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen.

### **§ 16 Werbung/Verbot der Einflussnahme**

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.
- (2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig.
- (3) Vertragsärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden.
- (4) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung

geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen vertragsärztlichen Verordnungen an Dritte gegen Kostenerstattung.

### **§ 17 Datenschutz**

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

### **§ 18 Prüfungen**

- (1) Die Landesverbände können Maßnahmen zur Prüfung hinsichtlich der Einhaltung der sich aus diesem Vertrag für die Leistungserbringer ergebenden Pflichten einleiten. Die Einbindung des MDK bleibt den Landesverbänden bzw. der jeweiligen Krankenkasse unbenommen.
- (2) Die Landesverbände teilen dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung spätestens zwei Wochen vorher mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Begehung in den Räumlichkeiten des zugelassenen Leistungserbringers stattfindet, ist den Landesverbänden und/oder einem von ihnen bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten der Praxis Zugang zu gewähren.
- (3) Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen (z. B. die Verlaufsdokumentation, alle für die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V erforderlichen Nachweise) vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (4) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände nach Anhörung des Leistungserbringers und ggf. des auf seinen Wunsch hinzugezogenen Berufsverbandes, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der beanstandeten Sachverhalte innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfahren die Landesverbände gemäß § 19 des Vertrages.

### **§ 19 Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Die jeweilige Krankenkasse bzw. der betroffene Landesverband kann den Leistungserbringer bei nicht vertragsgemäßer Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben und Pflichten schriftlich verwarnen. Der Leistungserbringer ist vorher schrift-

lich anzuhören. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der Landesverband der betroffenen Kassenart eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß entstandene Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen.

- (2) Zu den schwerwiegenden 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) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
  - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
  - e) Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer (Praxen) in die eigene Abrechnung
  - f) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen
  - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 17)
  - h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- (3) Wiederholte oder schwerwiegende Verstöße, insbesondere die Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten, können zu einer sofortigen Kündigung des aufgrund der Anerkenntniserklärung des Leistungserbringers zwischen dem jeweiligen Landesverband und dem Leistungserbringer entstandenen Vertragsverhältnisses führen.

## **§ 20 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.11.2010 in Kraft und ersetzt den bisher auf Landesebene geltenden Vertrag vom 01.10./12.10.2005.
- (2) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden gemäß § 71 Abs. 4 SGB V.
- (3) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2011, gekündigt werden. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief oder per Boten schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht. Die Kündigung dieses Vertrages wirkt unmittelbar gegenüber den Leistungserbringern nach § 2 Ziff. e) oder f). Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.
- (4) Das auf Grund der Anerkenntniserklärung des einzelnen Leistungserbringers zwischen dem jeweiligen Landesverband und dem Leistungserbringer entstandene Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, mit
- a) dem Ableben des Leistungserbringers

- b) der Beendigung der Zulassung gemäß § 124 SGB V
  - c) dem Widerruf der Zulassung gemäß § 124 SGB V i. V. mit § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB X
  - d) der Einstellung des Praxisbetriebes (z. B. Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis)
  - e) der Änderung der Rechtsform der Praxis
  - f) der Einstellung des Geschäftsbetriebes
  - g) der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens
  - h) der Kündigung des Vertrages gemäß § 20 Abs. 3 durch den jeweiligen Landesverband/Vertragspartner
- (5) Anlage 3 des Vertrages (Vergütungsvereinbarung) tritt am 01.11.2010 in Kraft und kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.08.2011 gekündigt werden. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief oder per Boten schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung der Anlage 3 (Vergütungsvereinbarung) berührt die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages nicht. Die Kündigung durch eine Vertragspartei berührt die Weitergeltung der Anlage 3 (Vergütungsvereinbarung) zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung gelten die Regelungen der gekündigten Vergütungsvereinbarung weiter.

## **§ 21 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 dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.
- (3) Gerichtsstand ist Berlin.
- (4) Im Falle der Vereinigung der vertragsschließenden AOK tritt die neue Kasse hinsichtlich dieses Vertrages gemäß § 144 Abs. 4 Satz 2 SGB V in die Rechte und Pflichten der bisherigen AOK ein.

### **Anlagen**

Anlage 1 - Anerkenniserklärung

Anlage 2 - Leistungsbeschreibung Ergotherapie

Anlage 3 - Vergütungsvereinbarung

Anlage 4 - Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V



Dieser Vertrag wurde ausgefertigt am 01.10.2010.

Berlin, den .....  
AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse

Berlin, den .....  
BIG direkt gesund

Berlin, den .....  
BKK Landesverband Mitte,  
Landesvertretung Berlin-Brandenburg

Berlin, den .....  
Knappschaft  
- Regionaldirektion Berlin -

Karlsbad, den .....  
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.

**Protokollnotiz zum Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über  
Leistungen der Ergotherapie vom 01.10.2010**

**zu § 7 Abs. 3**

Zwischen den Vertragspartnern der Rahmenempfehlung ist strittig, ob zu den anererkennungsfähigen Fortbildungen i. S. d. Anlage 4 zur Rahmenempfehlung auch Veranstaltungen zählen, die sich mit den präventiven oder rehabilitativen Aspekten des jeweiligen Heilmittelbereiches beschäftigen. So lange dies nicht geklärt ist, verpflichten sich die Landesverbände, keine Kürzung des Rechnungsbetrages vorzunehmen, wenn der Leistungserbringer bzw. fachliche Leiter nur zusammen mit den strittigen Veranstaltungen die 60 Fortbildungspunkte erreicht.

Sofern in anderen als den o. g. strittigen Fällen (d. h., wenn der Leistungserbringer bzw. fachliche Leiter nur zusammen mit den strittigen Veranstaltungen die 60 Fortbildungspunkte erreicht) der Berufsverband hinzugezogen wird, ist von den Landesverbänden mit dem Berufsverband Einvernehmen zu erzielen.