

Rahmenvertrag

über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992
in der Fassung vom 06.06.2016

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

- nachstehend Berufsverband genannt -

einerseits

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der Knappschaft - Regionaldirektion München –

der IKK classic

- nachstehend Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern genannt -

andererseits

§ 1 Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag gilt:
1. Für für die unterzeichnenden Krankenkassenverbände in Bayern und den vertrags-schließenden Berufsverband,
 2. für die Mitglieder des Berufsverbandes, sofern sie den Verpflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist,
 3. für Behandler, die nicht Mitglieder des Berufsverbandes sind, sofern sie den Ver-pflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
- (2) Dieser Vertrag regelt:
1. Die Voraussetzungen für die Leistungserbringung zu Lasten der Regionalkassen in Bayern.
 2. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Zugelassenen und der Krankenkassen.
 3. Art und Umfang der Leistungserbringung.
 4. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, welche die Qualität der Be-handlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen.
 5. Die Vergütung der ergotherapeutischen Leistungen und deren Abrechnung.
- (3) Mit diesem Vertrag werden die Beziehungen der Krankenkassen zu dritten Stellen nicht berührt.
- (4) Die Bestimmungen dieses Vertrages und seiner Anlagen gelten für die Leistungser-bringer, die den Verpflichtungsschein unterzeichnet haben und denen eine Zulassung erteilt wurde.

§ 2 Heilmittel-Richtlinien und Rahmenempfehlungen

- (1) Die zwischen dem GKV Spitzenverband und dem DVE auf Bundesebene abgeschlos-sene Rahmenempfehlung Ergotherapie gemäß § 125 Absatz 1 SGB V inkl. der Leis-tungsbeschreibung in der jeweils gültigen Fassung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sowie die Heilmittel-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten, soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt. Diese werden neben dem Rahmenvertrag, den Leistungserbringern auf der jeweiligen Homepage der vertrags-schließenden Kasse zur Verfügung gestellt. Für den Bereich der AOK Bayern sind diese unter www.aok-gesundheitspartner.de/ Bayern / Heilberufe abrufbar.
- (2) Soweit sich aus der jeweils aktuellen Rahmenempfehlung Regelungstatbestände er-geben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung.

§ 3 Zulassung

- (1) Die Zulassung erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V gelten in der jeweils gültigen Fassung. Die Empfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V werden auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen zur Verfügung gestellt. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen kann der Berufsverband beratend eingeschaltet werden.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich bei der für den Praxissitz zuständigen Direktion der AOK Bayern einzureichen und gilt auch für den BKK Landesverband, die Knappschaft und die IKK classic. Dem Antrag sind die notwendigen Nachweise entsprechend den Zulassungsempfehlungen beizufügen.
- (3) Jede zugelassene Praxis benötigt ein eigenes Institutionskennzeichen (IK). Dies gilt auch für Zweigpraxen. Bei Verlegung der Praxis ist ein neues IK zu beantragen. Gleiches gilt bei einem Inhaberwechsel. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) in Sankt Augustin abzumelden.
- (4) Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Zugelassene ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung, eine Verlegung der Praxis und alle Veränderungen - insbesondere jede Veränderung im Bereich der angestellten und freien Mitarbeiter - die das Vertragsverhältnis berühren, der zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich mitzuteilen. Bei Verlegung der Praxis oder eines Wechsels des Praxisinhabers/fachlichen Leiters ist eine Neuzulassung erforderlich.
- (5) Im Hinblick auf die räumlichen Mindestvoraussetzungen ist zu beachten, dass eine unzulässige Zusammenarbeit im Sinne von § 128 Abs. 2 SGB V zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen insbesondere vorliegen könnte, wenn der Leistungserbringer seine Praxisräume erheblich über oder unter den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet.
- (6) Die Versorgung der Versicherten ist erst nach Überprüfung der Voraussetzungen und Erteilung der Zulassung zulässig. Die Zulassung kann zum Stichtag der Antragstellung erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt sämtliche Voraussetzungen nachgewiesen sind.
- (7) Soweit Zugelassene behandlungsberechtigte Mitarbeiter (auch freie Mitarbeiter) beschäftigen wollen, müssen diese die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 ErgThG besitzen. Die Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung der fachlichen Mitarbeiter ist der zuständigen Krankenkasse unaufgefordert vorzulegen. Die monatliche Abrechnung (§ 9) ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen.
- (8) Der Zugelassene haftet für die Mitarbeiter/freien Mitarbeiter in gleichem Umfang wie für sich selbst und hat sich den dafür erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen. Darüber hinaus ist er verantwortlich, dass auch von seinen Mitarbeitern/freien Mitarbeitern die Regelungen dieses Rahmenvertrages eingehalten werden und trägt die fachliche Verantwortung für seine Mitarbeiter.

- (9) Beim Tod eines zugelassenen Heilmittelerbringers gilt die Zulassung bis zu sechs Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch einen fachlichen Leiter sichergestellt ist, der die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 erfüllt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zuständigen Direktion der AOK Bayern verlängert werden.

§ 4 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann sich bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildungskurse, bei Schwangerschaft entsprechend der Dauer der Elternzeit in seiner Praxis vertreten lassen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 (Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) SGB V erfüllen. Der Praxisinhaber hat, unabhängig von der Dauer der Vertretung, vor Beginn des Vertretungszeitraumes die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen sowie die fachliche Qualifikation des Vertreters gegenüber der örtlich zuständigen Direktion der AOK Bayern nachzuweisen. Erfüllt der benannte Vertreter die Zulassungsvoraussetzungen nicht, wird die Zulassung beendet.
- (2) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.

§ 5 Leistungserbringung

- (1) Leistungserbringer, die durch die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen anzunehmen und auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (**Anlage 1 der Rahmenempfehlung**).
- (2) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß Muster 18. Für die notwendigen Angaben auf einer Ergotherapieverordnung ist Anlage 3 der Rahmenempfehlung maßgeblich. Eine Abrechnung scheidet nicht daran, dass ggf. einzelne Verordnungsangaben zueinander medizinisch nicht plausibel sind.
- (3) An den Anspruchsberechtigten dürfen nur die vertragsärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der vertragsärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar. Eine teilweise private Ausführung der vertragsärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
- (4) Der Zugelassene hat die ärztlich verordneten Leistungen grundsätzlich selbst oder durch fachlich zulassungsberechtigte Mitarbeiter durchzuführen. Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese entsprechend der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifiziert sind. Daneben müssen die räumlichen Voraussetzungen entsprechend den Zulassungsempfehlungen vorliegen und die Leistungen der Mitarbeiter durch eine Haftpflichtversicherung gedeckt sein. Die erforderlichen Nachweise sind auf Aufforderung vorzulegen. Die Beschäftigung von sogenannten freien Mitarbeitern ist zulässig.

Sie müssen jedoch die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllen und sind der zuständigen AOK unaufgefordert zu melden.

- (5) Freie und angestellte Therapeuten, die überwiegend Hausbesuche durchführen, dürfen nur in einem Einsatzradius von 75 km, gerechnet von der zugelassenen Praxis, tätig werden, um einen ordnungsgemäßen Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten zu können.
- (6) Die Behandlungen sind grundsätzlich in eigener Praxis auszuführen. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können grundsätzlich von einem der drei nächstgelegenen Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Ein anderer Therapieort (z.B. integrativer Kindergarten) ist nur in besonderen Ausnahmefällen möglich und bedarf einer ausdrücklich so gestellten Verordnung des Arztes. Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden. In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkassen nicht möglich.
- (7) Information, Beratung und Schulung des Patienten und /oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Behandlungsverlauf der Ergotherapie, wie auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind unverzichtbare Bestandteile der ergotherapeutischen Behandlung. Eine notwendige isolierte Beratung der Bezugspersonen im Rahmen einer Verordnung ist im Einzelfall als Behandlungseinheit abrechenbar. Diese ist auf der Verordnung entsprechend zu kennzeichnen. Die vom Arzt festgelegte Verordnungsmenge wird dadurch nicht erhöht.
- (8) Die Angabe des Arztes zum spätesten Behandlungsbeginn darf nicht vor dem Verordnungsdatum (dies gilt auch für Folge-Verordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls) liegen. Es ist unzulässig, bei gleicher Diagnose und Leitsymptomatik die Leistung von zwei Verordnungen - auch von verschiedenen Ärzten ausgestellt - zeitgleich zu erbringen und abzurechnen.
In begründeten Ausnahmefällen können mit ärztlichem Einvernehmen Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Eine Doppelbehandlung ist die Abgabe des verordneten Heilmittels an einem Tag unmittelbar zweimal nacheinander. Dies gilt auch bei Vorliegen nur einer Diagnose und eines Leitsymptoms. Die zu erbringende Gesamtanzahl an Leistungen darf die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge nicht überschreiten.
- (9) Verordnungen (Muster 18) für Personen aus Staaten des EWR und der Schweiz (EWR/CH) sind von der Genehmigung befreit. Alle anderen Leistungen für betreute Personengruppen (SVA – Abkommensrecht) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen.
- (10) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse sind kostenfrei und unverzüglich zu beantworten.
- (11) Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. 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

Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 06.06.2016

auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt auf der Rückseite des Verordnungsblattes unten links.

- Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Arztes maßgebend.
- Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien/Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F, K) unter Hinzuziehung des Datums und des Handzeichens auf der Rückseite des Verordnungsblattes. Der Therapeut hat zu gewährleisten, dass durch die Unterbrechung das Therapieziel nicht gefährdet ist. Sofern das Therapieziel aus therapeutischer Sicht gefährdet ist, verpflichtet sich der Therapeut mit dem verordnenden Vertragsarzt Kontakt aufzunehmen, um den weiteren Therapieverlauf abzustimmen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen fortgeführt wird. Je Verordnung sind maximal zwei Abweichungen im Sinne der Ausnahmefälle bis zu 28 Tage möglich. Darüber hinausgehende Unterbrechungen müssen vom verordnenden Arzt schriftlich auf der Verordnung bestätigt werden, dies ist auch auf dem Faxweg möglich. Das Fax ist mit einer Büroklammer als Anlage der Abrechnung beizufügen.

- Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Ergotherapeut 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 Ergotherapeut die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

- (12) Der Anspruchsberechtigte darf durch den Zugelassenen nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Kassenärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Zugelassene von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise nicht beeinflussen. Werbung des Zugelassenen durch ihn oder seine Mitarbeiter für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen ist unzulässig.
- (13) Der Zugelassene hat für jeden Anspruchsberechtigten Aufzeichnungen zu führen, aus dem sowohl alle durchgeführten Behandlungsmaßnahmen als auch der Therapeut ersichtlich sind. Die Unterlagen sind gemäß den gesetzlichen Vorschriften mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren. Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch zu beachten.
- (14) In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
- (15) Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.

- (16) Der Versicherte hat die Durchführung der Behandlung je Leistungstag durch Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung zu bestätigen; eine Vordatierung oder Globalbestätigung über den Empfang von Leistungen ist unzulässig. 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 Behandlungsserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig. Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und die Übermittlung des Therapieberichts sind nicht zu bestätigen.

§ 6

Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 der Rahmenempfehlung fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, welche die Anforderungen gemäß Anlage 2 Punkte 5.1 und 5.2 der Rahmenempfehlung erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 5.3 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern oder seines Berufsverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von vier Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.07.2016 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab Januar 2016) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern eine Nachfrist von zwölf Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Regionalkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.
- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Regelungen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß Absatz 3 tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

§ 7

Wahl des Behandlers

Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht.

§ 8 Vergütung der Leistungen

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Gebührenvereinbarung (**Anlage 2**) vergütet. Hierzu wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Die in der Gebührenvereinbarung genannten Gebührensätze sind als Höchstpreise (§ 125 SGB V) verbindlich.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des Kostenanteils (§ 32 Abs. 2 und § 61 SGB V) des Versicherten Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden. Es ist Aufgabe des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzahlung einzubehalten und von der Rechnung abzusetzen (vgl. § 43c SGB V). Erstattet der Heilmittelerbringer zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend. Zahlen Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Eine Zuzahlung für die ergotherapeutischen Schiene wird nicht erhoben.

§ 9 Abrechnung

- (1) Einmal monatlich (maßgeblich ist das Rechnungsdatum) muss die Abrechnung für alle im Vormonat abgeschlossenen Verordnungen erstellt und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen als Sammelrechnung eingereicht werden. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden.

Die Abrechnung erfolgt über das Kostenträger-IK der jeweiligen Krankenkasse. Für Versicherte der AOK Bayern erfolgt die Abrechnung in einer Sammelrechnung monatlich ausschließlich über das Kostenträger-IK 108310400. Die Kostenträger-IK's der anderen Krankenkassen können im Internet unter www.gkv-datenaustausch.de / Leistungserbringer / Sonstige Leistungserbringer abgerufen werden.

Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (z. B. Praxisübernahme), ist, nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse, die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Unterschriften des Versicherten über den Empfang der Leistung sind jeweils im Original erforderlich.

- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.
- (3) Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind anzuwenden. Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden.
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern auf der Vorderseite oben rechts vollständig auszufüllen.
- (5) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Bestätigung des Leistungserbringers nach Abschluss der Behandlung. Bei fehlerhafter Abrechnung und

daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnungen durch die Krankenkasse.

- (6) Für jede zugelassene Praxis (z. B. Zweigniederlassung) ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die jeweilige Abrechnung zu verwenden. Die Abrechnung 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 zulasungsrelevanter Veränderung wie z. B. Praxisverlegung, Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsordnung kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskennzeichen erfolgen.
- (7) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.
- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand). Die Rechnungsbeträge sind innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den Krankenkassen bargeldlos zur Zahlung fällig. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.

Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Nach § 45 SGB I gilt eine Verjährungsfrist von vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde. Für die Rückforderung von sachlich und rechnerisch geprüften Zahlungen beginnt die Vier-Jahres-Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde.

- (9) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
- (10) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkassen 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 bei der Krankenkasse einfordern. Danach eingehende Zahlungen des Versicherten sind vom Zugelassenen an die Krankenkasse zurückzuerstatten (§ 43c SGB V). Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten lässt sich der Leistungserbringer den Befreiungsbescheid („Befreiung von Zuzahlungen - gilt für Zuzahlungen nach § 61 SGB V“) der Krankenkasse vom Versicherten vorlegen.

Für die Berechnung der Zuzahlungspflicht der leistungsbezogenen Zuzahlung ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung (Behandlungstag) ausschlaggebend. Für die Zu-

zahlungspflicht der verordnungsbezogenen Zuzahlung ist der erste Behandlungstag maßgeblich.

Vom Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Behandlungsabbrüchen) sind von diesem an den Versicherten zurückzuerstatten; die Patientenquittung wird entsprechend geändert. Die Zuzahlung des Versicherten darf den Abrechnungsbetrag nicht übersteigen.

Verordnungen, bei denen die Zuzahlung genau dem Verordnungswert entspricht (sog. Nuller-Verordnungen) sind den Rechnungsunterlagen in gleicher Weise beizufügen.

- (11) Ergotherapeutische Schienen im Rahmen einer Heilmittelbehandlung sind nur im Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Behandlung, ggf. nach vorheriger Genehmigung abrechenbar.
- (12) Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs ist je Regelfall nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich - ohne gesonderte ärztliche Verordnung - abrechenbar. Dies gilt einmalig auch bei einem Praxiswechsel, jedoch nicht bei einem Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis, Wechsel innerhalb einer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis bzw. Filialwechsel und dergleichen.
- (13) Die Vergütung der Verordnung erfolgt für Verordnungen, die unter Vorlage einer Krankenversicherungskarte ausgestellt wurden und die alle Kopfdaten im Versichertenfeld enthält (z.B. das Gültigkeitsdatum der Karte).
- (14) Wird im Einzelfall ein Versichertenkartenlesegerät in Einsatz gebracht, soll die Versichertenkarte bei jeder Verordnung eingelesen werden. Eine Abrechnung aufgrund abgespeicherter Altdaten des Patienten ist nicht zulässig. Evtl. fehlende Vertragsarzt- und Betriebsstättennummern in den Kopfdaten können aus dem Vertragsarztstempel übernommen werden.
- (15) Für Betreute nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den anwendbaren Nebengesetzen ist bei der Abgabe ergotherapeutischer Leistungen das jeweilige Versorgungsamt der Kostenträger (§ 18 Abs. 1 Satz 2 BVG). Bei diesem Personenkreis handelt es sich nicht um Mitglieder bzw. Versicherte, sondern um Zugeteilte, die gemäß gesetzlichem Auftrag von der jeweiligen Krankenkasse betreut werden. Verordnungen für ergotherapeutische Leistungen von Zugeteilten sind deshalb ausschließlich dem Versorgungsamt in Rechnung zu stellen.

Auf der Heilmittelverordnung sind Zugeteilte erkennbar am Zusatz „BVG“ neben der Angabe des Kostenträgers (z.B. AOK Bayern/BVG). Im Feld „Status“ der Verordnung ist bei Zugeteilten als letzte Ziffer die „6“ eingetragen (z.B. 10006).

- (16) Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden.

Beide Hausbesuchspauschalen (59933 und 59934) beinhalten jeweils die Wegegebühr, welche deshalb nicht gesondert abrechnungsfähig ist.

Die Hausbesuchs-Pauschale (59934) ist abzurechnen, wenn zwei oder mehrere Patienten in einem gleichen Haushalt, derselben Anschrift und/oder derselben Einrichtung (auch wenn über mehrere Gebäude/Hausnummern verteilt) an einem Behandlungstag therapiert werden.

Sofern nur ein/e Versicherte/r behandelt wird, kann hier die Position 59933 abgerechnet werden. Die gleichzeitige Abrechnung der Positionen 59933 und 59934 für einen Behandlungstag ist nicht möglich.

Werden verschiedene Hausbesuchspositionen in einer Verordnung abgerechnet, sind die entsprechenden Behandlungstage auf der Verordnungsrückseite zu kennzeichnen, um eine korrekte Datenanlieferung zu gewährleisten.

- (17) Die Leistungserbringer im Bereich Heilmittel sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungs-kostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnerkürzung in Abzug bringen. Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnungen sind nur für Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung müssen alle lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer vollständig auszufüllen.
- (18) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung (z.B. § 13 SGB V) gewählt haben, werden dem Leistungserbringer von der Krankenkasse 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 finden keine Anwendung. Der Versicherte ist über ggf. zusätzliche höhere Eigenanteile zu informieren.

§ 10 Beendigung der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet

1. bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3,
2. bei Verlegung, Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis,
3. bei Widerruf der Zulassung (siehe §13; § 23 Abs. 2 der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V)

§ 11 Datenschutz

- (1) Der Zugelassene 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 Zugelassene 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. Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 06.06.2016

§ 12 Vertragserfüllung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen.
Der Zugelassene hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen) den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Zugelassenen bereinigt werden. Wird eine Einigung nicht erzielt, können die vertragsschließenden Parteien eingeschaltet werden.
- (3) Die genannten Krankenkassen und Verbände haben das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen.

Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Behandlungsprotokollen, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.
Ein Vertreter des DVE wird auf Antrag eines Mitgliedes oder der überprüfenden Krankenkasse eingebunden.

- (4) Aus den in der Rahmenempfehlung genannten Verlaufsdocumentationen ergibt sich der Name des Versicherten, der Tag der Leistungserbringung, die im einzelnen erbrachten Leistungen, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung der Behandlung. Zusätzlich müssen sich aus der Verlaufsdocumentation oder ergänzenden Unterlagen der behandelnde Therapeut und der Therapieort ergeben. Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, Beträge einzuhalten oder zurückzufordern.

§ 13 Vertragsverstöße

Abweichend von § 22 und § 23 der Rahmenempfehlung vom 15.04.2016 vereinbaren die Vertragspartner folgendes:

- (1) Erfüllt ein Zugelassener die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse Zahlungen einbehalten, Verwarnungen aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festsetzen.
- (2) 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.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen

Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 06.06.2016

- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt, sofern die Anlage 3 der Rahmenempfehlung nicht anderes vorsieht.
- Erhebungen von Aufzahlungen, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinaus gehen
- Verzicht auf die gesetzliche Zuzahlung

Schadensersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.

- (4) 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 3 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 im Fall des § 3 Abs. 5 vor.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am **01.07.2016** in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 30.03.1992 i. d. F. vom 27.01.2000, i. d. F. vom 06.11.2014. Er gilt für alle zugelassenen Vertragspartner.
- (2) Der Vertrag kann ganz oder teilweise von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, **frühestens zum 31.12.2017**, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. an den Berufsverband erfolgen. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (**Anlage 2**) ist mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende kündbar, **erstmalig zum 30.06.2017**. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.
- (4) Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung der Vergütungsvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.
- (5) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge und Vereinbarungen ihre Gültigkeit. Bei Kündigung des Vertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

§ 15

Salvatorische Klausel

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

Anlage 1: Verpflichtungsschein

Anlage 2: Vergütungsvereinbarung

Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 06.06.2016

München, 06.06.2016

.....
Deutscher Verband
der Ergotherapeuten e.V.

.....
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....
BKK Landesverband Bayern

.....
Knappschaft
- Regionaldirektion München -

.....
IKK classic