

**Vertrag über die Versorgung der Versicherten  
mit Leistungen der Ergotherapie  
nach § 125 Abs. 2 SGB V**

zwischen

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

**nachfolgend DVE genannt  
als Vertragspartner einerseits**

und

der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen\*  
Hildesheimer Str. 273  
30159 Hannover

der BKK-Landesverband Mitte  
Eintrachtweg 19  
30173 Hannover

dem IKK classic\*  
Tannenstr. 4 b  
01099 Dresden

der KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord\*  
Siemensstraße 7  
30173 Hannover

**nachfolgend Landesverbände genannt  
als Vertragspartner andererseits**

\*in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

## **Präambel**

Die Landesverbände und der DVE verfolgen mit diesem Rahmenvertrag das Ziel, die gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Ergotherapie in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten.

## **§ 1 Gegenstand**

Der Vertrag regelt:

1. die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen in den Landesverbänden mit ergotherapeutischen Leistungen (nachfolgend Heilmittel genannt) gemäß § 32 Abs. 1 SGB V.
2. die Vergütung der Leistung und deren Abrechnung

Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 - 5:

1. Leistungsbeschreibung (Anlage 1): es gilt die Anlage 1 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gemäß §125 Abs. 1 SGB V „Leistungsbeschreibung Ergotherapie“ in der jeweils aktuellen Fassung zwischen den Vertragspartnern als vereinbart.
2. Fortbildungsvereinbarung (Anlage 2): es gilt die Anlage 2 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V „Fortbildung im Bereich Ergotherapie“ in der jeweils aktuellen Fassung zwischen den Vertragspartnern als vereinbart. Insofern die Vertragspartner Regelungsbedarf sehen, verständigen sie sich auf die Aktualisierung der Anlage und den Abschluss einer Prüfvereinbarung.
3. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie (Anlage 3): es gilt die Anlage 3 der Rahmenempfehlung Ergotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie“ in der jeweils aktuellen Fassung als vereinbart.
4. Anerkenniserklärung (Anlage 4)
5. Höchstpreisvereinbarung (Anlage 5)

## **§ 2 Geltungsbereich**

Der Vertrag gilt für die Mitgliedskassen der Landesverbände und für die Mitglieder des DVE, denen eine Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Zulassungsempfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V erteilt wurde und die diesen Vertrag schriftlich anerkannt haben (Anlage 4) sowie Leistungserbringer, die nicht Mitglieder des DVE sind und denen eine Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Zulassungsempfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V erteilt wurde und die diesen Vertrag schriftlich anerkannt haben (Anlage 4). Für bisher zugelassene Mitglieder des DVE, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugelassen sind, gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.

### **§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung**

Voraussetzung zur Abgabe von Leistungen nach diesem Vertrag ist die Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen und die Anerkennung dieses Vertrages gemäß der Erklärung nach Anlage 4, bzw. nach § 2 Satz 2.

### **§ 4 Abgabe der Leistung**

- (1) Es sind nur die vom Vertragsarzt verordneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien abzugeben. Hierzu gehören auch die vertragsärztlich verordneten Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Die Leistungserbringung richtet sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 1).
- (2) Die Therapien haben durch den Zugelassenen oder qualifizierte Mitarbeiter zu erfolgen, die die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung haben. Der Einsatz von Auszubildenden ist unter persönlicher Aufsicht und Anleitung des Zugelassenen oder eines qualifizierten Mitarbeiters, der die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung hat, zulässig.
- (3) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Therapeuten frei.
- (4) Die Krankenkasse informiert die Versicherten auf deren Anfrage über die Adressen der zugelassenen Therapeuten.
- (5) Mit der Leistungspflicht der Krankenkassen darf nicht geworben werden.
- (6) Eine Zusammenarbeit zwischen den Zugelassenen und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Zugelassenen beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

### **§ 5 Datenschutz**

- (1) Personenbezogene Daten darf der Zugelassene nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) 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, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Krankenkassen, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Zugelassene hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 ff SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

## **§ 6 Leistungsbeschreibung**

- (1) Der Inhalt der einzelnen Leistungen sowie deren Regelbehandlungszeit richten sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 1).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Rahmenempfehlung Ergotherapie nach § 125 Abs. 1 SGB V.

## **§ 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, die sich aus den §§ 8 bis 13 ergeben.
- (2) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informiert der DVE seine Mitglieder dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale bau- oder gewerberechtliche Anforderungen zu beachten.
- (3) Die Landesverbände sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.

## **§ 8 Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Zugelassenen, 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 sachlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

## **§ 9 Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Therapeut ganztätig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind Hausbesuche, und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen, sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und die wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen (ein Wechsel der fachlichen Leitung sowie eine Aufstockung der therapeutischen Vollzeitäquivalente) sind unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

- (3) Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktgesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (4) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (5) Der Zugelassene ist verpflichtet, die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen zu behandeln.
- (6) Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (7) Hinsichtlich Praxiseinrichtung und –ausstattung gelten die Bestimmungen der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen in der bei Zulassungserteilung jeweils gültigen Fassung.
- (8) Werden einer therapeutischen Fachkraft in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

## **§ 10 Personelle Voraussetzungen**

- (1) Die Durchführung einer Therapie darf nur durch zugelassene Praxen erfolgen.
- (2) Therapien durch angestellte und freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Therapeuten abrechnungsfähig, wenn diese die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V (Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfüllen.
- (3) Der oder die Zugelassene / die fachliche Leitung haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 beruflich extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden.
- (4) Die therapeutischen Angestellten haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Externe Fortbildungen sollen die in Anlage 2, Ziffer 5 – 7, beschriebenen Qualitätsanforderungen erfüllen.

## **§ 11 Vertretung**

- (1) Bei Zeiträumen, die über den in § 9 Abs. 1 genannten Zeitraum hinausgehen, kann die/der Zugelassene / fachliche Leitung bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeselternzeitgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der

Zugelassene hat die Personalien der vertretenden Person, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den zulassenden Stellen mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.

- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die Krankenkasse und sind vom Zugelassenen grundsätzlich 4 Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit der ihn vertretenden Person nach den gesetzlichen Bestimmungen.

## **§ 12 Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Zugelassene insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
  - a) Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt im Sinne der HeilM-RL
  - b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - c) Ergotherapeutische Diagnostik
  - d) Anwendung des verordneten Heilmittels
  - e) Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6)
  - f) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs
  - g) Dokumentation des Therapieverlaufs gemäß Abs. 4.
- (2) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
  - h) sich an der Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Therapie Beteiligten zu beteiligen
  - i) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - j) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Zugelassene hat für jeden therapierten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.
- (5) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem nach § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

## **§ 13 Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Therapieverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten

ergotherapeutischen Leistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Therapieserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Therapieserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

#### **§ 14 Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdokumentation nach § 12 Abs. 3 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Zugelassene hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 5). Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu beachten.

#### **§ 15 Inhalt und Umfang der Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt**

- (1) Für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Ergotherapie arbeitet die therapeutische Fachkraft eng mit dem verordnenden Arzt zusammen (vgl. § 128 SGB V).
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage der Verordnung gemacht hat, und der therapeutischen Fachkraft, die für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Zusammenarbeit sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Therapie.
- (3) Der Zugelassene darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.

#### **§ 16 Beginn der Heilmittelbehandlung**

- (1) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Therapiebeginn gemacht hat, ist die Therapie innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
- (2) Kann die Therapie in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Zugelassenen eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Zugelassenen auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren<sup>1</sup>.
- (3) Ergibt sich aus der ergotherapeutischen Diagnostik, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Zugelassene darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten. Die Abstimmung mit dem Arzt, auch zu anderen

---

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

Veränderungen an der Verordnung (siehe Anlage 3), soll vom Zugelassenen auf der Rückseite der Verordnung mit Datum und Kürzel festgehalten werden.

- (4) 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 Zugelassene den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen<sup>1</sup>.
- (5) Der Zugelassene kann die Therapie eines Versicherten in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt in begründeten Fällen ablehnen.

## **§ 17**

### **Durchführung der Heilmittelbehandlung**

- (1) Ergibt sich bei der Durchführung der Therapie, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der Zugelassene darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Therapie zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Zugelassenen auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren<sup>1</sup>. Soll die Therapie mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (6) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Therapie zu beenden. Bricht die therapeutische Fachkraft die Therapie wegen fehlender Therapiefähigkeit des Patienten ab, ist der verordnende Arzt zu informieren.
- (7) Wird die Therapie länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die verbleibenden Therapieeinheiten ihre Gültigkeit. Im Interesse der Versicherten gilt dies nicht in den begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Therapieunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (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 und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf der Rückseite des Verordnungsblattes. Die therapeutische Fachkraft hat in diesen Fällen zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet ist.
- (8) Liegt eine Gefährdung des Therapiezieles vor, nimmt der Therapeut mit dem verordnenden Arzt Kontakt auf, um den weiteren Therapieverlauf abzustimmen<sup>2</sup>.

---

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

<sup>2</sup> Die Vertragspartner bewerten spätestens zum 30.06.2019 die praktische Umsetzung bei den Therapieunterbrechungen.



## **§ 18** **Abschluss der Heilmittelbehandlung**

Sofern der verordnende Arzt dies auf der Verordnung gekennzeichnet hat, unterrichtet der Zugelassene den Arzt am Ende der Therapieserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapiezieles sowie ggf. aus dem Therapieverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes sind abzugeben, sofern der Zugelassene die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

## **§ 19** **Verordnung**

- (1) Ergotherapie wird auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie der jeweils gültigen Fassung der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr 6 SGB V entspricht. Zur Abgabe der verordneten Leistungen ist der Zugelassene entsprechend der Leistungsbeschreibung (§ 4) berechtigt und verpflichtet. Die Anlage 3 konkretisiert dabei die Formerfordernisse der HeilM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen für Ergotherapie.
- (2) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung durch den Zugelassenen sind möglich und in der Anlage 3 geregelt.
- (3) Die empfangene Maßnahme ist vom Zugelassenen auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von einer betreuenden Person durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Die Analyse des Ergotherapeutischen Bedarfs und die Übermittlung des Therapieberichts sind nicht zu bestätigen.
- (4) Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

## **§ 20** **Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen (vgl. § 12 Abs. 5)
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - a) Abstimmung der Ergebnisse der ergotherapeutischen Diagnostik mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels

- b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 4)
- c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. §§ 16, 17, 18)
- d) Fristgerechter Therapiebeginn
- e) Regeltherapiezeit je Therapieeinheit
- f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- g) Therapiefrequenz
- h) Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

## **§ 21 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Krankenkasse oder deren Landesverband können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 20 Abs. 2 einleiten. Der DVE kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die Krankenkasse oder deren Landesverband teilt dem zugelassenen Therapeuten die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung möglichst 14 Tage vorher mit. Auf Wunsch des Therapeuten ist der DVE hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von der Krankenkasse bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Zugelassene hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (5) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse nach Anhörung des Zugelassenen und dessen Berufsverbandes, welche Maßnahmen der Zugelassene zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (6) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 5 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 26 vor und berechtigt die Krankenkasse, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (7) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

## **§ 22 Vergütung**

- (1) Die Vergütungen für ergotherapeutische Leistungen werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in dem Vertrag umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuche ) vereinbart.
- (2) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der Höchstpreisvereinbarung vergütet (Anlage 5). Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) Die Vergütung sollte grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- (4) 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 43b SGB V vom Zugelassenen auch nur in dieser Höhe zu erheben. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Erstattet der Zugelassene zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

## **§ 23 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung**

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (Abrechnungsdatensatz) den Krankenkassen zu übermitteln.
- (2) Der Vergütungsanspruch für abgegebene Leistungen wird fällig, wenn die Therapie abgeschlossen ist. Dies ist der Fall, wenn die vom Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt verordneten Leistungen erbracht sind oder die Therapie abgebrochen werden musste. Abgebrochene Therapiefälle sind besonders zu kennzeichnen. Bei Verlust der Verordnungsblätter sind die erbrachten Leistungen vom Zugelassenen nachzuweisen. Teilabrechnungen sind in Abstimmung mit der Krankenkasse möglich.
- (3) Die Zugelassenen können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Erfolgt die Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf der Abrechnungsvollmacht durch den Zugelassenen bei der Krankenkasse eingegangen ist. Werden Abrechnungsstellen im Auftrag von Krankenkassen tätig, so erklärt die Krankenkasse den Widerruf ihrer Abrechnungsvollmacht dem Zugelassenen und der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) ihrer Auftraggeber.

- (4) Die Rechnungslegung erfolgt für die abgeschlossenen Therapien einmal monatlich dem auf die Abgabe der Leistungen folgenden Monats unter Vorlage der Originalverordnungen. Sie ist an die von den Landesverbänden benannten Daten- und Papierannahmestellen zu richten.
- (5) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt die Gutschrift auf dem Konto des Leistungserbringers. Es gilt § 675n Abs. 2 BGB. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (6) Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein.
- (7) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen können dabei verrechnet werden. Sie sind vorher mit dem Zugelassenen zu klären.
- (8) Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen für nicht oder nicht vertragsgerecht erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhaltes zu laufen.

Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern und den Kostenträgern nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen gegenüber dem Versicherten.

- (9) Widerspricht der Zugelassene oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwölf Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

## **§ 24 Klärung von Zweifelsfragen**

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sind nach Möglichkeit zwischen der Krankenkasse und dem Zugelassenen zu bereinigen. Wird eine Einigung nicht erzielt, so sind der jeweilige Landesverband und der DVE einzuschalten.

## **§ 25 Vertragserfüllung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Zugelassenen und der DVE haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände haben das Recht, ggf. unter Hinzuziehung von Vertretern des DVE, während der Öffnungszeiten der Praxis nach möglichst 14-tägiger Anmeldefrist zu besichtigen. Eine unangemeldete Prüfung ist nur in speziellen und begründeten Fällen wie z.B. Verdacht auf Abrechnungsmanipulationen, Schädigung von Versicherten oder grober Pflichtverletzung möglich.

## **§ 26 Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Bei Verstößen gegen die Bestimmungen dieses Vertrages, kann die betroffene Krankenkasse dem Zugelassenen schriftlich verwarnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 27) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 9 bis 10)
  - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
  - c) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 5)
  - d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
  - e) Erhebungen von Aufzahlungen, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen
  - f) Verzicht auf die gesetzliche Zuzahlung

## **§ 27 Vertragsausschuss**

- (1) Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet.
- (2) Der Vertragsausschuss wird paritätisch aus Vertretern beider Vertragsparteien besetzt. Der Vorsitz im Vertragsausschuss wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertragsparteien. In der ersten Sitzung führt die antragstellende Partei den Vorsitz. Die Geschäftsführung liegt bei der Vertragspartei, deren Vertreter den Vorsitz führt.

- (3) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens je zwei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern der Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Vertragsausschuss wird auf Antrag des Berufsverbandes oder eines Landesverbandes tätig. Er ist vom Vorsitzenden einzuberufen und soll innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung zusammentreten. Ort und Zeitpunkt werden zwischen den Vertragsparteien abgesprochen. Der Zugelassene und die beteiligten Krankenkassen können an der Ausschusssitzung teilnehmen; die Beratung und Abstimmung erfolgt ohne sie.
- (5) Über die Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, sie muss mindestens den Ort und den Zeitpunkt der Sitzung, die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter der anderen Vertragspartei zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschusmitgliedern, dem Zugelassenen, den beteiligten Krankenkassen, dem Berufsverband und den Landesverbänden zu übersenden.

## **§ 28 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages 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.

## **§ 29 Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2017 in Kraft. Er ersetzt die Vereinbarung vom 01.06.2010. Der Vertrag kann, mit Ausnahme der Preisvereinbarung (Anlage 5) von den Vertragspartnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2019 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Die Preisvereinbarung (Anlage 5) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats schriftlich gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde.
- (3) Der Vertrag und das Preisverzeichnis bleiben bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen gültig.
- (4) Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (5) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

- (6) Die Vergütungsvereinbarung gilt gemäß § 71 Abs. 2 SGB V vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Anlage 4: Anerkenniserklärung

Anlage 5: Höchstpreisvereinbarung

Karlsbad, Hannover, den 30.06.2017

---

DVE

---

AOK – Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen

---

BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen,  
Bremen, Sachsen-Anhalt

---

IKK classic

---

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Nord