

Rahmenvertrag

über die Durchführung der Ergotherapie vom 01.08.2018
in Baden-Württemberg

zwischen

dem **Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.**
Becker-Göring-Straße 26/1, 76307 Karlsbad

- nachstehend **Berufsverband** genannt -

einerseits

und

der **IKK classic**
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden

dem **BKK Landesverband Süd,**
Regionaldirektion Baden-Württemberg
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

- vertreten durch die IKK classic -

der **KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München**
Putzbrunner Straße 73, 81739 München

- nachstehend Krankenkassen genannt -

andererseits.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages	Seite 3
§ 2	Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen, Zulassungsempfehlungen und Richtlinien nach § 302 SGB V	Seite 4
§ 3	Zulassung	Seite 4
§ 4	Vertretung	Seite 6
§ 5	Leistungserbringung	Seite 6
§ 6	Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung	Seite 9
§ 7	Wahl des Leistungserbringers	Seite 10
§ 8	Vergütung der Leistungen und Zuzahlungsregelung	Seite 10
§ 9	Abrechnung	Seite 10
§ 10	Beendigung der Zulassung	Seite 13
§ 11	Datenschutz	Seite 13
§ 12	Vertragserfüllung	Seite 14
§ 13	Vertragsausschuss	Seite 15
§ 14	Vertragsverstöße	Seite 15
§ 15	Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	Seite 16
§ 16	Salvatorische Klausel	Seite 16

Anlagen

Anlage 1: Zulassende Stellen

Anlage 2: Anerkennniserklärung

Anlage 3: Vergütungsvereinbarung

sowie evtl. schriftlich vereinbarte Protokollnotizen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.

Auch die Heilmittel-Richtlinie, die Rahmenempfehlungen mit Anlage 1 – Leistungserbringung, Anlage 2 – Fortbildung, Anlage 3 – Heilmittelverordnung; die Zulassungsempfehlungen und die Richtlinien nach § 302 SGB V sind Bestandteil dieses Vertrages (§ 2), soweit dieser nichts Abweichendes regelt.

§ 1 Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
- a) Betriebskrankenkassen, die die IKK classic im Rahmen der BKK-IKK-Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg zu diesem Vertragsabschluss bevollmächtigt haben. Weitere Betriebskrankenkassen können auch nach dem Zeitpunkt dieses Vertragsabschlusses Vollmachten erteilen. Mit Vollmachtserteilung erkennen sie gleichzeitig den vorliegenden Vertrag rückwirkend an. Zur Information, welche Betriebskrankenkassen zum jeweiligen Zeitpunkt Vertragspartner sind, werden den Vertragspartnern im Internet unter www.bkk-sued.de bekannt gegeben.
 - b) Die Bevollmächtigung durch die Betriebskrankenkassen zum Vertragsabschluss im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg und damit der Vertragsinhalt gelten nur für Leistungserbringungen innerhalb Baden-Württembergs, unabhängig vom Sitz der bevollmächtigenden Krankenkasse und dem Wohnort des Versicherten.
 - c) Die IKK classic.
 - d) Die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München.
 - e) Für die Mitglieder des Berufsverbandes, sofern sie die Anerkennniserklärung (**Anlage 2**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist und die ergotherapeutischen Leistungen mit Praxisort in Baden-Württemberg abgegeben werden.
 - f) Für Leistungserbringer, die nicht Mitglieder des Berufsverbandes sind, sofern sie die Anerkennniserklärung (**Anlage 2**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist und die ergotherapeutischen Leistungen mit Praxisort in Baden-Württemberg abgegeben werden.
- (2) Dieser Vertrag regelt:
- a) Die Voraussetzungen für die Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen in Baden-Württemberg.
 - b) Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Zugelassenen und der Krankenkassen.
 - c) Art und Umfang der Leistungserbringung.
 - d) Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, welche die Qualität der Therapie, der Versorgungsabläufe und der Therapieergebnisse umfassen.
 - e) 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 Leistungserbringer, die den Verpflichtungsschein unterzeichnet haben und denen eine Zulassung erteilt wurde.

§ 2
Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen,
Zulassungsempfehlungen und Richtlinien nach § 302 SGB V

- (1) Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten als maßgeblicher Spitzenorganisation der Ergotherapeuten auf Bundesebene abgeschlossene Rahmenempfehlung Ergotherapie gemäß § 125 Absatz 1 SGB V inkl. der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) und der Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie (Anlage 3) in der jeweils gültigen Fassung sowie die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten, soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt.
- (2) Soweit sich aus der jeweils aktuellen Rahmenempfehlung (nebst Anlagen 1, 2 und 3) Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung.
- (3) Die Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 124 Abs. 4 SGB V sowie deren Anlagen und Protokollnotizen in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages und der Anlagen und sind zu beachten, soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt.
- (4) Die Richtlinien nach § 302 SGB V für die Abrechnung der „Sonstigen Leistungserbringer“ sowie deren Anlagen und Protokollnotizen in der jeweils gültigen Fassung sind ebenfalls Bestandteil dieses Vertrages und der Anlagen und sind zu beachten, sofern dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt.
- (5) Die Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen und Zulassungsempfehlungen stehen unter www.gkv-spitzenverband.de und der Richtlinien text nach § 302 SGB V unter www.gkv-datenaustausch.de zur Verfügung.

§ 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. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen kann der Berufsverband beratend eingeschaltet werden.
- (2) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, sollten neue Praxisräume barrierefrei sein.
- (3) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen (Anlage 1). Dem Antrag sind die notwendigen Nachweise entsprechend der Zulassungsempfehlungen beizufügen. Die KNAPPSCHAFT hat die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch auf den Verband der Ersatzkassen (vdek) übertragen (§ 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V)

- (4) 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.
- (5) 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 Praxisverlegung, einen Inhaberwechsel und eine Änderung der Gesellschaftsform der zuständigen Zulassungsstelle unverzüglich mitzuteilen. Bei Verlegung der Praxis oder eines Wechsels des Praxisinhabers/fachlichen Leiters ist eine Neuzulassung erforderlich. Die Anlage 1 (Zulassungsantrag) ist zu beachten.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Soweit Zugelassene behandlungsberechtigte Mitarbeiter (auch freie Mitarbeiter) beschäftigen wollen, müssen diese die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 ErgThG besitzen. Der Leistungserbringer ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine therapeutischen Angestellten zu melden sowie deren Qualifikation und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen.

Ein Wechsel der fachlichen Leitung sowie eine Aufstockung der Anzahl der therapeutischen Vollzeitäquivalente sind unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die monatliche Abrechnung (§ 9) ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen.

- (9) 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.

Beim Tod eines zugelassenen Leistungserbringers 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.

§ 4 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Bundeselterngeld – Elternzeitgesetz (BEEG) nach dem Mutterschutzgesetz/BEEG oder entsprechenden Regelungen der Bundesländer in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen nach Anlage 1 erfüllen. Die zuständigen Stellen (Anlage 1) sind zuvor über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum mit den Nachweisen über die Qualifikation des Vertreters schriftlich zu informieren.

Vertretungen über die in Ziffer 1 geregelte Zeiträume hinaus; bedürfen der Zustimmung der zuständigen Stellen (Anlage 1). Sie sind grundsätzlich 4 Wochen im Voraus schriftlich zu beantragen. Der Leistungserbringer hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 2 Nummer 1 SGB V erfüllt.

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

§ 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 ergotherapeutischer Diagnostik, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1 der Rahmenempfehlung).
- (2) Die Therapie 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 scheitert 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 Therapien 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 Therapien 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.

- (5) Die Therapien sind grundsätzlich in den eigenen Praxisräumen auszuführen. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Leistungserbringer nicht abgelehnt werden. 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 ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkassen nicht möglich (Anlage 3 der Rahmenempfehlung). Ein anderer Therapieort (z.B. integrativer Kindergarten) ist nur in besonderen Ausnahmefällen möglich und bedarf einer ausdrücklich so gestellten Verordnung des Arztes.
- (6) Information, Beratung und Schulung des Patienten und /oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Therapieverlauf 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.
- (7) Die Angabe des Arztes zum spätesten Behandlungsbeginn darf nicht vor dem Verordnungsdatum (dies gilt auch für Folge-Verordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls) liegen.
- (8) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse sind kostenfrei und unverzüglich zu beantworten.
- (9) Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Ergotherapie gilt Folgendes:

- a) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Therapie innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. 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 dokumentieren. Die Begründung und Dokumentation erfolgt auf der Rückseite des Verordnungsblattes unten links.

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

Dies gilt nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen:

- therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T),
- Krankheit des Patienten bzw. der erforderlichen Begleitperson/behandelnden Leistungserbringer (K) und
- Ferien bzw. Urlaub des Patienten/behandelnden Leistungserbringers (F).

mit den standardisierten Begründungsvermerken unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

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.

d) Für den Abschluss der Ergotherapie gilt Folgendes:

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

- (10) 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 Verordnungsweise nicht beeinflussen. Werbung des Zugelassenen durch ihn oder seine Mitarbeiter für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen ist unzulässig.
- (11) Der Zugelassene hat für jeden Anspruchsberechtigten Aufzeichnungen zu führen, aus dem sowohl alle durchgeführten Therapiemaßnahmen 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.
- (12) In der Qualität der Therapie ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
- (13) Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (14) Der Versicherte hat die Durchführung der Therapie 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 Therapieserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.

§ 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 Krankenkassen 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 Krankenkassen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.07.2017 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab Januar 2017), dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die Krankenkassen eine Nachfrist von zwölf Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Krankenkassen Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 Prozent des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser Prozentsatz. 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.
- (5) Für die KNAPPSCHAFT erfolgt die Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 125 Absatz 2 SGB V durch die von ihr beauftragten Stelle für die Zulassung der Heilmittelerbringer (Anlage 1). Diese legt auch den Betrachtungszeitraum fest, der von dem für den BKK Landesverband Süd und der IKK classic abweichen kann.

§ 7

Wahl des Leistungserbringers

Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht, aber sie informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen von Leistungserbringern.

§ 8

Vergütung der Leistungen und Zuzahlungsregelung

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Gebührenvereinbarung **(Anlage 3)** vergütet. Hierzu wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart.
Die in der Gebührenvereinbarung genannten Gebührensätze sind als Höchstpreise (§ 125 SGB V) verbindlich. Mit diesen Höchstpreisen sind sämtliche Vertragsleistungen abgegolten. Die Vergütung wird grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.
- (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. Der Versicherte hat eine Befreiung von Zuzahlungen durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises nachzuweisen. Es ist Aufgabe des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzahlung einzubehalten und von der Rechnung abzusetzen (vgl. § 43c SGB V).

§ 9

Abrechnung

- (1) Einmal monatlich (maßgeblich ist das Rechnungsdatum) wird in der Regel 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. Die Kostenträger-IK's der 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 mitgeteilter Leistungserbringergruppenschlüssel (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) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern auf der Vorderseite oben rechts vollständig auszufüllen.
- (4) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Bestätigung des Leistungserbringers nach Abschluss der Therapie. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnungen durch die Krankenkasse.

- (5) 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 zulassungsrelevanter Veränderung wie z. B. Praxisverlegung, Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsordnung, kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskennzeichen erfolgen.
- (6) 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.
- (7) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von 28 Tagen (bargeldlos) 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 14 Tagen Abstand).

Bei Zahlungen durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut der Krankenkassen erteilt wurde. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekte gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht und abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

- (8) 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.
- (9) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse 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).

Für die Berechnung der Zuzahlungspflicht der leistungsbezogenen Zuzahlung ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung (Behandlungstag) ausschlaggebend. Für die Zuzahlungspflicht der verordnungsbezogenen Zuzahlung ist der erste Behandlungstag maßgeblich. Vom Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Therapieabbrüchen) 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.

- (10) Ergotherapeutische Schienen im Rahmen einer Heilmittelbehandlung sind nur im Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Behandlung, ggf. nach vorheriger Genehmigung abrechenbar. Für die Gebührenposition ergotherapeutische Schienen ist vom Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.
- (11) Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs ist je Regelfall nur bei Therapiebeginn 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.
- (12) 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). Evtl. fehlende Vertragsarzt- und Betriebsstättennummern in den Kopfdaten können aus dem Vertragsarztstempel übernommen werden.
- (13) 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.
- (14) 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. IKK classic/BVG). Im Feld „Status“ der Verordnung ist bei Zugeteilten als letzte Ziffer die „6“ eingetragen (z.B. 10006).

- (15) Die Leistungserbringer 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 Verwaltungskostenabschlag gemäß § 303 SGB V durch eine pauschale Rechnungskürzung 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.
- (16) 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 Absatz 1,
2. bei Verlegung, Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis,
3. bei Widerruf der Zulassung
(siehe § 14; § 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 Patienten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt der zuständigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Zugelassene hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen schriftlich zu verpflichten.
- (2) Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach dem Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (3) Der Zugelassene darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck erheben, verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden.
- (4) Die §§ 35, 37 SGB I, §§ 284ff SGB V, § 302 SGB V sowie die §§ 67 bis 85a SGB X, das BDSG und die EU-DSGVO sind zu beachten.

§ 12 **Vertragserfüllung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen.
- (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 haben das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Praxen durch eine bestellte sachverständige Person besichtigen zu lassen. Die Krankenkassen teilen dem Zugelassenen die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig, möglichst 14 Tage vorher, mit.

Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Therapieprotokollen, Verlaufsdokumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Therapiemaßnahmen ersichtlich sind. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.

- (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 Therapie. 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 einzubehalten oder zurückzufordern
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 13

Vertragsausschuss

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

§ 14

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 im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 13) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe von 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:
- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 11)
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt, sofern die Anlage 3 der Rahmenempfehlung nichts 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. 6 vor.

§ 15

Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt **am 01.08.2018** in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag zwischen dem DVE und den Krankenkassen vom 01.07.2017.
- (2) Für bisher Zugelassene gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
- (3) Der Vertrag kann ganz oder teilweise von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2019, schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Weitergeltung des Rahmenvertrages für die übrigen Vertragspartner. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen dieses Rahmenvertrages weiter.
- (4) Die Vergütungsvereinbarung (**Anlage 3**) ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats kündbar. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die Höchstpreise der Anlage der Abrechnung zugrunde zu legen. Die Anlage 3 zum Rahmenvertrag zwischen dem DVE und den Krankenkassen vom 01.07.2017 gilt bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter.
- (5) Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung der Vergütungsvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin ohne Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfristen gegenkündigen.
- (6) 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.

§ 16
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.

München, Dresden, Karlsbad, Kornwestheim, den 14. Juni 2018

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

.....
IKK classic

.....
BKK Landesverband Süd
- vertreten durch IKK classic -

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München