

**Der Rahmenvertrag**  
**über die Versorgung Berechtigter der Versicherungsträger mit**  
**ergotherapeutischen (beschäftigungstherapeutischen) Leistungen vom**  
**22.10.2002**

**zwischen**

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und  
Arbeitstherapeuten) e. V.**

**(im folgenden „Berufsverband“ genannt)**

**- in Vollmacht handelnd für seine Mitglieder-**

***einerseits***

**und**

- 1. der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen,  
Bad Homburg**
- 2. dem BKK Landesverband Hessen, Frankfurt am Main für die  
Betriebskrankenkassen**
- 3. der IKK classic**
- 4. der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt am Main**

**(nachstehend "Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen" genannt)**  
***andererseits***

**erhält ab 01. April 2010 folgende Fassung:**

## **§ 1 Gegenstand des Rahmenvertrages**

(1) Zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen regelt dieser Rahmenvertrag unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V insbesondere:

1. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 7)
2. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit (§ 8)
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen (§§ 9 bis 16)
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des/der Heilmittelerbringers/in mit dem verordnenden Vertragsarzt (§§ 17 und 18)
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung (§§ 19 und 20)
6. Vorgaben für Vergütungsstrukturen (§§ 21 bis 24)
7. Inkrafttreten und Kündigung (§§ 25 und 26)

(2) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

(3) Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.

### **- Allgemeine Grundsätze -**

## **§ 2 Heilmittel**

(1) Heilmittel im Sinne dieses Rahmenvertrages sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und in der Anlage 2 dieses Rahmenvertrages vereinbart sind.

(2) Heilmittel i. S. dieses Vertrages sind persönlich erbrachte medizinische Leistungen. Hierzu gehören auch Maßnahmen der Ergotherapie.



### **§ 3**

#### **Ziel der Heilmittelbehandlung**

(1) Ergotherapie dient dazu

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

(2) Bei der ergotherapeutischen Behandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

(3) Der/Die zugelassene Ergotherapeut/in (nachfolgend Heilmittelerbringer/in genannt) und die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

### **§ 4**

#### **Leistungsgrundlagen**

(1) Ergotherapie wird auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht.

(2) Der/Die Heilmittelerbringer/in erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch seine/ihre gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter/innen durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem/der nächstliegenden Heilmittelerbringer/in nicht abgelehnt werden.

(3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.

### **§ 5**

#### **Abgabe von Heilmitteln**

Heilmittelerbringer/innen, welche durch die Landesverbände der Krankenkassen / Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Ergotherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 3).

## **§ 6**

### **Wahl des Heilmittelerbringers**

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern/innen frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer/innen.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

## **§ 7**

### **Datenschutz**

- (1) Der/Die Heilmittelerbringer/in 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/Die Heilmittelerbringer/in hat seine/ihre Mitarbeiter/innen 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.

### ***- Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit -***

## **§ 8**

### **Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel**

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung geregelt (Anlage 3).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in diesen Richtlinien mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.
- (3) Hinsichtlich Inhalt und Häufigkeit der Anwendungen der Heilmittel im Regelfall gelten die jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien und die zugehörigen Anlagen.



**- Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen -**

**§ 9  
Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

- (1) Der/Die Heilmittelerbringer/in ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesen Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.

**- Qualität der Behandlung -  
-Strukturqualität-**

**§ 10  
Strukturqualität**

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

**§ 11  
Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der/Die Zugelassene/fachliche Leiter/in hat als Behandler/in ganztätig in seiner/ihrer Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner/ihrer Praxis sicherzustellen. Zur Anwesenheit zählt auch die Durchführung von Hausbesuchen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der/Die Heilmittelerbringer/in ist verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter/innen zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind von dem/der Heilmittelerbringer/in und von dessen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zu beachten.



- (4) Der/Die Heilmittelerbringer/in haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter/innen in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (5) Der/Die Heilmittelerbringer/in gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der/Die Heilmittelerbringer/in hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

## **§ 12**

### **Personelle Voraussetzungen**

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 SGB V qualifizierten und - soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist - von entsprechend weitergebildeten Therapeuten/innen in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch freie Mitarbeiter/innen sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn der/die freie Mitarbeiter/in die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummern 1 SGB V erfüllt.
- (3) Der/Die Zugelassene/fachliche Leiter/in, seine/ihre freien und angestellten Mitarbeiter/innen haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung des Berufsverbandes oder eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen/Krankenkasse zu erbringen.

## **§ 13**

### **Vertretung**

- (1) Der/Die Zugelassene/fachliche Leiter/in kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes / der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz / Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der/Die Heilmittelerbringer/in hat die Personalien der Vertretung, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der/Die Vertreter/in muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der / die Heilmittelerbringer/in haftet für die Tätigkeit der Vertretung.



**- Qualität der Versorgungsabläufe -  
-Prozessqualität-**

**§ 14  
Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der/die Heilmittelerbringer/in insbesondere folgendes zu gewährleisten:
- Kooperation zwischen Heilmittelerbringer/in und verordnendem Vertragsarzt
  - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten.
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8)
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der/Die Heilmittelerbringer/in sollte darüber hinaus bereit sein, soweit nicht bereits anderweitig geregelt,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z. B. an Case- Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der/Die Heilmittelerbringer/in hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

**- Qualität der Behandlungsergebnisse -  
-Ergebnisqualität-**

**§ 15  
Ergebnisqualität**

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



## **§ 16**

### **Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdocumentation nach § 14 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der/Die Leistungserbringer/in hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 7).

### **- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt -**

## **§ 17**

### **Inhalt und Umfang der Kooperation**

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der/die die Verordnung ausführende Therapeut/in eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem/der Therapeuten/in, der/die für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der/Die Heilmittelerbringer/in darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
  - Sofern der Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer/in eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen wurde.
  - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den/die Heilmittelerbringer/in, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der/die Heilmittelerbringer/in 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.

- Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der/die Therapeut/in den Arzt zu informieren und die Änderung mit Datum der Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt zu begründen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer/in und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.
- Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der/die Heilmittelerbringer/in darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen wie bei Krankheit des Patienten. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen fortgeführt wird.

(6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

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

(7) Der/Die Heilmittelerbringer/in darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.



## **§ 18 Verordnung**

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der/die zugelassene Heilmittelerbringer/in dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8) berechtigt und verpflichtet.
- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich dar zu stellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

### ***- Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung -***

## **§ 19 Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringst möglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
  - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8)
  - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 17 Abs. 5 und 6)
  - Fristgerechter Behandlungsbeginn
  - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
  - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
  - Behandlungsfrequenz



- Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

## **§ 20**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 19 Abs. 2 einleiten. Der Berufsverband kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen teilen dem/der zugelassenen Heilmittelerbringer/in die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des/der Heilmittelerbringers/in ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist von den Landesverbänden der Krankenkassen/Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der/Die Heilmittelerbringer/in 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 diesen Empfehlungen ergebende Nachweise.
- (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) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen nach Anhörung des/der Heilmittelerbringers/in, welche Maßnahmen der/die Heilmittelerbringer/in zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 24 vor und berechtigt die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

## - Vorgaben für Vergütungsstrukturen -

## § 21

## Allgemeine Grundsätze

Das System zur Vergütung von Leistungen durch Heilmittelerbringer/innen muss insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- a) Die Vergütungen für Heilmittel werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in den Rahmenvereinbarungen umfassten Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- b) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- c) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- d) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
- e) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zahlungen nicht gefordert werden.

## § 22

## Vergütungsformen

Abhängig vom Inhalt der Leistungen können

- a) EinzeleLeistungsvergütungen und
- b) ggf. pauschale Vergütungen

vereinbart werden.



## **§ 23**

### **Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die auf örtlicher Ebene oder zwischen den beteiligten Verbänden nicht bereinigt werden können, ist ein Vertragsausschuss zu bilden. Er setzt sich paritätisch zusammen aus mindestens drei Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen und mindestens drei Vertretern des Berufsverbandes.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
- (3) Der Vertragsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

Beschlüsse des Vertragsausschusses zur Auslegung dieses Vertrages sind den Vertragspartnern zuzustellen. Sie werden Bestandteil dieses Vertrages oder seinen Anlagen, wenn alle Vertragspartner ihre schriftliche Zustimmung erteilen.

Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen; sie muss den Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter des anderen Vertragspartners zu unterzeichnen. Jede Partei dieses Vertrages trägt die Kosten ihrer Vertreter.

## **§ 24**

### **Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Zulassung nach § 124 SGB V betreffen, den Landesverbänden der Krankenkassen/Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Grobe Pflichtverletzungen stellen Vertragsverstöße dar, die geahndet werden können. Als grobe Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:
  1. Abrechnungsmanipulationen, die wissentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Leistungen, die nicht erbracht wurden, beziehungsweise die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
  2. Die Abrechnung einer Leistung, die auf einer bewussten Fehlinformation an den verordnenden Arzt durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.



3. Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und / oder räumlichen Voraussetzungen gemäß den §§ 11 – 13 dieses Vertrages in Verbindung mit den Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände / des Spitzenverbandes.
4. Mängel bei der Abgabe der Leistung, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
5. Die Forderung bzw. Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen / Krankenkassen haben die Möglichkeit, während der üblichen Praxiszeiten die einzelnen Praxen aus begründetem Anlass, insbesondere bei Zweifeln am vertragsgemäßen Verhalten, durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Einzelfällen auch auf die Einsicht in die Unterlagen, aus denen die durchgeführten Leistungen für die Versicherten der Landesverbände der Krankenkassen / Krankenkassen ersichtlich sind. Der Praxisinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit, die Praxisbegehung abzulehnen.

(4) Die Feststellungen können den am Vertrag beteiligten Partnern bekannt gegeben werden.

(5) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag – dazu gehören auch die Meldepflichten – können die Landesverbände der Krankenkassen / Krankenkassen einzeln oder gemeinsam über Maßnahmen beschließen. Der zugelassene Leistungserbringer kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, den Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen. Als Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

- a) Verwarnung
- b) Bei wiederholtem Verstoß gegen die Melde- und Mitwirkungspflichten (§§ 11 – 13) eine Vertragsstrafe in Höhe von 1.000,- €
- c) In anderen Fällen in einer Höhe bis zu 50.000,- €
- d) Wegfall der Abrechnungsberechtigung

(6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 5 ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen.



## **§ 25**

### **Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.11.2002 in Kraft .
- (2) Der Rahmenvertrag vom 22.10.2002 in der Fassung vom 01.04.2010 insgesamt oder einzelne Anlagen–außer Anlage 2, hier gilt eine separate Kündigungsfrist– können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2012 gekündigt werden.
- (3) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Partner des Rahmenvertrages umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

## **§ 26**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine sinngemäß wirksame Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

**Anlage 1:** Verpflichtungsschein  
**Anlage 2:** Vergütungsvereinbarung  
**Anlage 3:** Leistungsbeschreibung

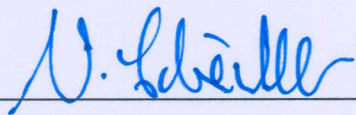
Karlsbad,

Bad Homburg,

Frankfurt am Main,

Wiesbaden,

Deutscher Verband der Ergotherapeuten  
e. V.



Knappschaft  
Regionaldirektion Frankfurt am Main





AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Hessen

IKK classic