

# Rahmenvertrag

**über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992  
in der Fassung vom 02.08.2010**

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

- nachstehend Berufsverband genannt -

einerseits

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der Knappschaft - Regionaldirektion München –

der Vereinigte IKK

- nachstehend Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern genannt -

andererseits

## **§ 1**

### **Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages**

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

## **§ 2**

### **Heilmittel-Richtlinien und Rahmenempfehlungen**

- (1) Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzen-organisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemein-samen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V inkl. der Leistungsbe-schreibungen in der jeweils gültigen Fassung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sowie die Heilmittel-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung sind zu be-achten, soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt. Diese werden neben dem Rahmenvertrag, den Leistungserbringern auf der jeweiligen Homepage der vertrags-schließenden Kasse zur Verfügung gestellt. Für den Bereich der AOK Bayern sind die-se unter [www.aok-gesundheitspartner.de/](http://www.aok-gesundheitspartner.de/) Bayern / Heilberufe abrufbar.
  
- (2) Soweit sich aus den jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung.

### **§ 3 Zulassung**

- (1) Die Zulassung erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V gelten in der jeweils gültigen Fassung. Die Empfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V werden auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen zur Verfügung gestellt. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen kann der Berufsverband beratend eingeschaltet werden.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich bei der für den Praxissitz zuständigen Direktion der AOK Bayern einzureichen und gilt auch für den BKK Landesverband, die Knappschaft und die Vereinigte IKK. Dem Antrag sind die notwendigen Nachweise entsprechend der Zulassungsempfehlungen beizufügen.
- (3) Jede zugelassene Praxis benötigt ein eigenes Institutionskennzeichen (IK). Dies gilt auch für Zweigpraxen. Bei Verlegung der Praxis ist ein neues IK zu beantragen. Gleiches gilt bei einem Inhaberwechsel. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) in Sankt Augustin abzumelden.
- (4) Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Zugelassene ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung, eine Verlegung der Praxis und alle Veränderungen - insbesondere jede Veränderung im Bereich der angestellten und freien Mitarbeiter - die das Vertragsverhältnis berühren, der zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich mitzuteilen. Bei Verlegung der Praxis oder eines Wechsels des Praxisinhabers/fachlichen Leiters ist eine Neuzulassung erforderlich.
- (5) 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.
- (6) Soweit Zugelassene behandlungsberechtigte Mitarbeiter (auch freie Mitarbeiter) beschäftigen wollen, müssen diese die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 ErgThG besitzen. Die Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung der fachlichen Mitarbeiter ist der zuständigen Krankenkasse unaufgefordert vorzulegen. Die monatliche Abrechnung (§ 9) ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen.
- (7) 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.
- (8) Beim Tod eines zugelassenen Heilmittelerbringers gilt die Zulassung bis zu sechs Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch einen fachlichen Leiter sichergestellt ist, der die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 erfüllt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zuständigen Direktion der AOK Bayern verlängert werden.

## § 4 Vertretung

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

## § 5 Leistungserbringung

- (1) Leistungserbringer, die durch die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen anzunehmen und auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (**Anlage 1b der Rahmenempfehlungen**).
- (2) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß Muster 18. Die vertragsärztliche Verordnung kann abgerechnet werden, wenn die Heilmittelverordnung alle Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie enthält, die Inhalt der Heilmittelverordnung sein müssen. Eine Abrechnung scheitert nicht daran, dass ggf. einzelne Verordnungsangaben zueinander medizinisch nicht plausibel sind.

Zu Beginn der Behandlung soll die Verordnung folgende Angaben enthalten: Heilmittel mit ggf. ergänzenden Angaben, Diagnose, Leitsymptomatik (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art der Verordnung, Menge, vollständiger Indikationsschlüssel, Frequenz, medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles, ggf. Hausbesuch, ggf. Gruppentherapie und ggf. spätester Behandlungsbeginn.

Wenn die Verordnung nicht den die Heilmittelerbringer betreffenden Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie entspricht, ist diese spätestens vor der Abrechnung mit dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinie mit Angabe des Datums, Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen, der zum Ausdruck bringt, dass die Verordnung in dieser Form ärztlicherseits gewünscht wird. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen. Davon unberührt bleiben die nachfolgenden Regelungen dieses Absatzes. Ist der Indikationsschlüssel nicht in der Heilmittel-Richtlinie enthalten (z. B. XXXX), unvollständig oder fehlt dieser bei der vom Vertragsarzt angegebenen Diagnose mit Leitsymptomatik, so kann das entsprechende Feld auf der vertragsärztlichen Verordnung ebenfalls nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt vom Zugelassenen ausgefüllt werden.

Folgende Änderungen sind nach Rücksprache mit dem Arzt möglich:

- 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 Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen (auf der Rückseite des Verordnungsblattes links unten).
  - Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck (Rückseite der Verordnung links unten) zu dokumentieren.
- (3) An den Anspruchsberechtigten dürfen nur die vertragsärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der vertragsärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar. Eine teilweise private Ausführung der vertragsärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
- (4) Der Zugelassene hat die ärztlich verordneten Leistungen grundsätzlich selbst oder durch fachlich zulassungsberechtigte Mitarbeiter durchzuführen. Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese entsprechend der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifiziert sind. Daneben müssen die räumlichen Voraussetzungen entsprechend den Zulassungsempfehlungen vorliegen und die Leistungen der Mitarbeiter durch eine Haftpflichtversicherung gedeckt sein. Die erforderlichen Nachweise sind auf Aufforderung vorzulegen. Die Beschäftigung von sogenannten freien Mitarbeitern ist zulässig. Sie müssen jedoch die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllen und sind der zuständigen AOK unaufgefordert zu melden.
- (5) Freie und angestellte Therapeuten, die überwiegend Hausbesuche durchführen, dürfen nur in einem Einsatzradius von 75 km, gerechnet von der zugelassenen Praxis, tätig werden, um einen ordnungsgemäßen Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten zu können.
- (6) Die Behandlungen sind grundsätzlich in eigener Praxis auszuführen. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Ein anderer Therapieort (z.B. integrativer Kindergarten) ist nur in besonderen Ausnahmefällen möglich und bedarf einer ausdrücklich so gestellten Verordnung des Arztes. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Leistungserbringer in Anspruch genommen, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen. Soweit die Krankenkasse das Wegegeld nicht zu erstatten braucht, ist der Leistungserbringer berechtigt, dem Versicherten die Mehrkosten in Rechnung zu stellen. Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden. In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkassen nicht möglich.

- (7) Information, Beratung und Schulung des Patienten und /oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Behandlungsverlauf der Ergotherapie, wie auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind unverzichtbare Bestandteile der ergotherapeutischen Behandlung. Eine notwendige isolierte Beratung der Bezugspersonen im Rahmen einer Verordnung ist im Einzelfall als Behandlungseinheit abrechenbar. Diese ist auf der Verordnung entsprechend zu kennzeichnen. Die vom Arzt festgelegte Verordnungsmenge wird dadurch nicht erhöht.
- (8) Die Angabe des Arztes zum spätesten Behandlungsbeginn darf nicht vor dem Verordnungsdatum (dies gilt auch für Folge-Verordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls) liegen. Es ist unzulässig, bei gleicher Diagnose und Leitsymptomatik die Leistung von zwei Verordnungen - auch von verschiedenen Ärzten ausgestellt - zeitgleich zu erbringen und abzurechnen.  
In begründeten Ausnahmefällen können auf ärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Eine Doppelbehandlung ist die Abgabe des verordneten Heilmittels an einem Tag unmittelbar zweimal nacheinander. Dies gilt auch bei Vorliegen nur einer Diagnose und eines Leitsymptoms. Die zu erbringende Gesamtanzahl an Leistungen darf die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge nicht überschreiten.
- (9) Verordnungen (Muster 18) für Personen aus Staaten des EWR und der Schweiz (EWR/CH) sind von der Genehmigung befreit. Alle anderen Leistungen für betreute Personenkreise (SVA – Abkommensrecht) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen.
- (10) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse sind kostenfrei und unverzüglich zu beantworten.
- (11) Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
- Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt auf der Rückseite des Verordnungsblattes unten links.
  - Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Arztes maßgebend. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.  
Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien/Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F, K) unter Hinzuziehung des Datums und des Handzeichens auf der Rückseite des Verordnungsblattes. Der Therapeut hat zu gewährleisten, dass durch die Unterbrechung das

Therapieziel nicht gefährdet ist. Sofern das Therapieziel aus therapeutischer Sicht gefährdet ist, verpflichtet sich der Therapeut mit dem verordnenden Vertragsarzt Kontakt aufzunehmen, um den weiteren Therapieverlauf abzustimmen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen fortgeführt wird. Je Verordnung sind maximal zwei Abweichungen im Sinne der Ausnahmefälle bis zu 28 Tage möglich. Darüber hinausgehende Unterbrechungen müssen vom verordnenden Arzt schriftlich auf der Verordnung bestätigt werden, dies ist auch auf dem Faxweg möglich. Das Fax ist der Abrechnung beizufügen.

- Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

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

- (12) Der Anspruchsberechtigte darf durch den Zugelassenen nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Kassenärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Zugelassene von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise nicht beeinflussen. Werbung des Zugelassenen durch ihn oder seine Mitarbeiter für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen ist unzulässig.
- (13) Der Zugelassene hat für jeden Anspruchsberechtigten Aufzeichnungen zu führen, aus dem sowohl alle durchgeführten Behandlungsmaßnahmen als auch der Therapeut ersichtlich sind. Die Unterlagen sind gemäß den gesetzlichen Vorschriften mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
- (14) In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
- (15) Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (16) Der Versicherte hat die Durchführung der Behandlung je Leistungstag durch Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung zu bestätigen; eine Vordatierung oder Globalbestätigung über den Empfang von Leistungen ist unzulässig. Ist der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage selbst zu unterschreiben, kann die Bestätigung durch eine betreuende Person erfolgen. Ein klärender Vermerk ist auf der Verordnung anzubringen. Verordnungen von Versicherten, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind vom Erziehungsberechtigten bzw. der betreuenden Person zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte bzw. betreuende Personen von Kindern in o.g. Alter bestätigen am Ende der Behandlungsserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.

## § 6

### Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, welche die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 der Rahmenempfehlungen erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern oder seines Berufsverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von vier Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.09.2010 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab Oktober 2006) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern eine Nachfrist von zwölf Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Regionalkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.
- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Regelungen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß Absatz 3 tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

## § 7

### Wahl des Behandlers

Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Behandler in Anspruch genommen, so ist der Versicherte darüber aufzuklären, dass er die Mehrkosten zu tragen hat.

## § 8

### Vergütung der Leistungen

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Gebührenvereinbarung (**Anlage 2**) vergütet. Hierzu wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Die in der Gebührenvereinbarung genannten Gebührensätze sind als Höchstpreise (§ 125 SGB V) verbindlich.

- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme von § 5 Absatz 6, § 7 Satz 2 und des Kostenanteils (§ 32 Abs. 2 und § 61 SGB V) des Versicherten Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden. Es ist Aufgabe des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzahlung einzubehalten und von der Rechnung abzusetzen (vgl. § 43b SGB V).

## **§ 9 Abrechnung**

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

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

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

- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.
- (3) Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind anzuwenden. Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden.
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern auf der Vorderseite oben rechts vollständig auszufüllen.
- (5) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Bestätigung des Leistungserbringers nach Abschluss der Behandlung. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnungen durch die Krankenkasse.
- (6) Für jede zugelassene Praxis (z. B. Zweigniederlassung) ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die jeweilige Abrechnung zu verwenden. Die Abrechnung von Leistungen erfolgt ausschließlich über das Institutionskennzeichen der zugelassenen Praxis, in der die Leistungen durchgeführt wurden. Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Bei zulassungsrelevanter Veränderung wie z. B. Praxisverlegung, Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsordnung kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskennzeichen erfolgen.

- (7) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweisspflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.
- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen (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 2 Wochen Abstand). Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.

Bei Zahlungen durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut der Krankenkassen erteilt wurde.

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

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

Für die Berechnung der Zuzahlungspflicht der leistungsbezogenen Zuzahlung ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung (Behandlungstag) ausschlaggebend. Für die Zuzahlungspflicht der ordnungsbezogenen Zuzahlung ist der erste Behandlungstag maßgeblich.

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

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

- (11) Ergotherapeutische Schienen im Rahmen einer Heilmittelbehandlung sind nur im Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Behandlung, ggf. nach vorheriger Genehmigung (Preis ab 150,01 Euro) abrechenbar. Für die Gebührenposition ergotherapeutische Schienen ist vom Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.
- (12) Die Ergotherapeutische Funktionsanalyse ist je Regelfall nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich - ohne gesonderte ärztliche Verordnung - abrechenbar. Dies gilt einmalig auch bei einem Praxiswechsel, jedoch nicht bei einem Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis, Wechsel innerhalb einer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis bzw. Filialwechsel und dergleichen.
- (13) Die Vergütung der Verordnung erfolgt für Verordnungen, die unter Vorlage einer Krankenversicherungskarte ausgestellt wurden und die alle Kopfdaten im Versicherungsfeld enthält (z.B. das Gültigkeitsdatum der Karte).
- (14) Wird im Einzelfall ein Versichertenkartenlesegerät in Einsatz gebracht, soll die Versichertenkarte bei jeder Verordnung eingesehen werden. Eine Abrechnung aufgrund abgespeicherter Altdaten des Patienten ist nicht zulässig. Evtl. fehlende Vertragsarzt- und Betriebsstättennummern in den Kopfdaten können aus dem Vertragsarztstempel übernommen werden.
- (15) Für Betreute nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den anwendbaren Nebengesetzen ist bei der Abgabe ergotherapeutischer Leistungen das jeweilige Versorgungsamt der Kostenträger (§ 18 Abs. 1 Satz 2 BVG). Bei diesem Personenkreis handelt es sich nicht um Mitglieder bzw. Versicherte, sondern um Zugeteilte, die gemäß gesetzlichem Auftrag von der jeweiligen Krankenkasse betreut werden. Verordnungen für ergotherapeutische Leistungen von Zugeteilten sind deshalb ausschließlich dem Versorgungsamt in Rechnung zu stellen.

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

- (16) Hausbesuche können grundsätzlich vom nächstliegenden Zugelassenen nicht abgelehnt werden. Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden.

Die Hausbesuchs-Pauschale (x9934) ist abzurechnen, wenn zwei oder mehrere Patienten in einem gleichen Haushalt, derselben Anschrift und/oder derselben Einrichtung (auch wenn über mehrere Gebäude/Hausnummern verteilt) an einem Behandlungstag therapiert werden. Sie ist für jeden Patienten pro Behandlungstag einmal abrechenbar. Diese Pauschale beinhaltet die Wegegebühr, welche deshalb nicht gesondert abrechnungsfähig ist.

Sofern nur ein/e Versicherte/r behandelt wird, kann hier die Position x9901 und ggf. die Pos. x9907 abgerechnet werden. Die gleichzeitige Abrechnung der Positionen x9901, x9907 und x9934 für einen Behandlungstag ist nicht möglich.

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

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

## **§ 10 Beendigung der Zulassung**

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet

1. bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3,
2. bei Verlegung, Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis,
3. bei Widerruf der Zulassung (siehe §13; § 24 Abs. 2 der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V).

## **§ 11 Datenschutz**

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

## **§ 12 Vertragserfüllung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen.  
Der Zugelassene hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen) den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Zugelassenen bereinigt werden. Wird eine Einigung nicht erzielt, können die vertragsschließenden Parteien eingeschaltet werden.
- (3) Die genannten Krankenkassen und Verbände haben das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen.  
Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Behandlungsprotokollen, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.  
Ein Vertreter des DVE wird auf Antrag eines Mitgliedes oder der überprüfenden Krankenkasse eingebunden.
- (4) Aus den in den Rahmenempfehlungen genannten Verlaufsdocumentationen ergeben sich der Name des Versicherten, der Tag der Leistungserbringung, die im einzelnen erbrachten Leistungen, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung der Behandlung. Zusätzlich müssen sich aus der Verlaufsdocumentation oder ergänzenden Unterlagen der behandelnde Therapeut und der Therapieort ergeben. Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, Beträge einzuhalten oder zurückzufordern.

## **§ 13 Vertragsverstöße**

Abweichend von § 23 und § 24 der Rahmenempfehlungen vom 25.09.2006 vereinbaren die Vertragspartner folgendes:

- (1) Erfüllt ein Zugelassener die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse Zahlungen einbehalten, Verwarnungen aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung.

- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
  - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
  - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
  - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

Schadensersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.

#### **§ 14 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag tritt am **01.09.2010** in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 30.03.1992 i. d. F. vom 27.01.2000. Er gilt für alle zugelassenen Vertragspartner.
- (2) Der Vertrag kann ganz oder teilweise von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, **frühestens zum 30.09.2011**, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. an den Berufsverband erfolgen. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Die Preisvereinbarung (**Anlage 2**) ist mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende kündbar, **erstmalig zum 30.09.2011**. Die Kündigung der Preisvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.
- (4) Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung der Preisvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.
- (5) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge und Vereinbarungen ihre Gültigkeit. Bei Kündigung des Vertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

#### **§ 15 Salvatorische Klausel**

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

**Anlage 1:** Verpflichtungsschein

**Anlage 2:** Vergütungsvereinbarung

München/Karlsbad, den 02.08.2010

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

.....  
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....  
BKK Landesverband Bayern

.....  
Knappschaft  
- Regionaldirektion München -

.....  
Vereinigte IKK

## **Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

Aufgrund der Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V sind sich die Vertragspartner einig, nach Bekanntwerden einer Einigung zum Thema Prüfpflichten an einer der Entwicklung auf Bundesebene entsprechenden Spezifizierung des Rahmenvertrages weiterzuarbeiten und diese vertraglich umzusetzen.

München/Karlsbad, den 02.08.2010

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

.....  
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....  
BKK Landesverband Bayern

.....  
Knappschaft  
- Regionaldirektion München -

.....  
Vereinigte IKK

**Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

zwischen

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

einerseits

und

der AOK Bayern -Die Gesundheitskasse-  
dem BKK Landesverband Bayern  
der Vereinigte IKK  
der Knappschaft -Regionaldirektion München-

andererseits

**Verpflichtungsschein**

Ich erkenne den zwischen obengenannten Partnern abgeschlossenen Rahmenvertrag vom 30.03.1992 in der jeweils geltenden Fassung an und verpflichte mich, die zwischen den Vertragspartnern geschlossene Vereinbarung zu erfüllen.

Vor- und Zuname.....

Geburtsdatum .....

Berufsbezeichnung .....

Praxisanschrift.....

Institutionskennzeichen.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (Inhaber und fachlicher Leiter)

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

**Abrechnungscode: 26  
Tarifkennzeichen: 02400**

**§ 1**

**Preisvereinbarung**

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen können für Verordnungen, bei denen die erste Behandlung nach dem **31.08.2010** stattfindet, folgende Vergütungen berechnet werden:

**Motorisch-funktionelle Störungen**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54102	Einzelbehandlung	Richtwert: 30 – 45 Min.	25,13	2,51
54205	Abrechnung bei verordneter Pos. 54102 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 30 – 45 Min	20,11	2,01
54209	Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) je Patient	Richtwert: 30 – 45 Min.	9,04	0,90

**Sensomotorische/perzeptive Störungen**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54103	Einzelbehandlung	Richtwert: 45 - 60 Min.	33,50	3,35
54206	Abrechnung bei verordneter Pos. 54103 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 45 - 60 Min.	26,80	2,68
54210	Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) je Patient	Richtwert: 45 - 60 Min.	11,73	1,17

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

**Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientiert**

54104	Einzelbehandlung	Richtwert: 30 – 45 Min.	27,77	2,78
54207	Abrechnung bei verordneter Pos. 54104 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 30 – 45 Min.	22,22	2,22
54211	Gruppentherapie (3 – 5 Personen) - je Patient –	Richtwert: 45 – 60 Min.	11,73	1,17

**Psychisch-funktionelle Störungen**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54105	Einzelbehandlung	Richtwert: 60 – 75 Min.	42,14	4,21
54208	Abrechnung bei verordneter Pos. 54105 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 60 – 75 Min.	33,71	3,37
54212	Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) - je Patient –	Richtwert: 90 – 120 Min.	21,58	2,16

**Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54301	Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte - nur neben „mot.-funkt.“ und „sensomot.-perzept.“ Behandlungen, sofern vom Arzt verordnet.		3,71	0,37

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

**Schienen**

54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene – <b>bis einschließlich 150,00 Euro ohne Kostenvoranschlag</b>			
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene – <b>ab 150,01 Euro nach Kostenvoranschlag</b>			

**Ergotherapeutische Funktionsanalyse**

54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse und Anamnese einschließlich Beratung (nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar; bei Unterbrechung von mehr als 12 Wochen liegt ein neuer Behandlungsfall vor).		17,77	1,78
-------	--	--	-------	------

**99 Hausbesuch/Wegegeld**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
59901	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch</p> <p>Grundsätzlich ist der (die) von der Patientenwohnung ausgehend nächstliegende Vertragsbehandler(in) verpflichtet, die ärztlich verordneten Hausbesuche durchzuführen. Die Hausbesuchsgebühr kann nur einmal pro Tag und Patient berechnet werden.</p> <p>Neben dieser Position kann (ggf.) nur die Position Wegegeld 59907 berechnet werden.</p>		7,90	0,79

**Anlage 2 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

59934	<p>Hausbesuchs-Pauschale</p> <p>Hausbesuchs-Pauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung je Patient und Tag. Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Diese Position ist (bei Behandlung mehrerer Patienten einer sozialen Einrichtung) ab dem ersten Patienten abzurechnen.</p> <p>Diese Hausbesuchs-Pauschale ist auch anzusetzen bei Patienten, die in einem Haushalt, unter derselben Anschrift an einem Behandlungstag therapiert werden.</p> <p>Diese Pauschale beinhaltet die Wegegebühr.</p>		5,85	0,59
59907	<p>Wegegebühr je gefahrenen km bei Besuch eines Patienten</p> <p>Diese Position kann je Patient in Verbindung mit der Position 59901 berechnet werden.</p>		0,35	0,04

**§ 2**

**Vergütungsinhalt**

- (1) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle in Zusammenhang mit der ergotherapeutischen Behandlung erforderlichen Aufwendungen (Materialien, Vor- und Nachbereitungszeit dgl.) abgegolten (Endpreis).
- (2) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung Anlage 1b zu den Rahmenempfehlungen. Die Positionen zur Beratung zur Integration in das häusliche Umfeld (54107, 54108, 54109, 59932) und zur Belastungserprobung (54110 und 54213) wurden abweichend von der Leistungsbeschreibung nicht vereinbart.
- (3) Auf die vorherige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wird von den Krankenkassen derzeit verzichtet. Voraussetzung dafür ist, dass jede Verordnung außerhalb des Regelfalles die vom Arzt erforderliche Begründung auf der Verordnung beinhaltet.
- (4) Die Abrechnung der Positionen 59901 und 59934 sind für einen Versicherten am selben Tag nicht zulässig.

**§ 3**

**Abrechnung und bundeseinheitliche Schlüsselposition**

- (1) Alle zur Abrechnung eingereichten kassenärztlichen Verordnungen werden vom Zugelassenen auf der Verordnung mit „Gesamt-Brutto“, „Gesetzliche Zuzahlung“, „Heilmittelpos.-Nr.“ und „Faktor“ ausgefüllt.
- (2) Die Ausführungen der Richtlinien zu § 302 SGB V sind in der jeweils gültigen Ausführung anzuwenden.

**§ 4**

**Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Die Preisvereinbarung tritt ab **01.09.2010** in Kraft. Die ab 01.09.2010 erhöhten Vergütungen können für die Verordnungen abgerechnet werden, bei denen die erste Behandlung nach dem 31.08.2010 stattfindet.
- (2) Die Preisvereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum **30.09.2011** mit eingeschriebenem Brief, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. Berufsverbände erfolgen.
- (3) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit des Rahmenvertrages.

München/Karlsbad, den 02.08.2010

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

.....  
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....  
BKK Landesverband Bayern

.....  
Knappschaft  
- Regionaldirektion München -

.....  
Vereinigte IKK

**Sondervergütungsvereinbarung für Ergotherapie**

**Therapeutische Praxis Wartaweil  
(Trägerschaft Soziale Beratungs- und  
Betreuungsdienste gGmbH)  
Wartaweil 45  
82211 Herrsching  
IK 480913801**

**Therapiepraxis Viva  
(Trägerschaft: Körperbehinderte  
Allgäu gGmbH)  
Fischerösch 4  
87435 Kempten  
IK 480971722**

**Abrechnungscode: 26  
Tarifkennzeichen: 02402**

**§ 1  
Preisvereinbarung**

Abweichend von § 7 des Rahmenvertrages ist für o.g. Praxen ausschließlich diese Vergütungsvereinbarung und die sich daraus ergebenden Zuzahlungen maßgeblich. Ansonsten gelten die Regelungen des Rahmenvertrages vollumfänglich. Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen können vom 01.09.2010 an folgende Vergütungen berechnet werden:

**Motorisch-funktionelle Störungen**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54102	Einzelbehandlung	Richtwert: 30 – 45 Min.	25,13	2,51
54205	Abrechnung bei verordneter Pos. 54102 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 30 – 45 Min	20,11	2,01
54209	Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) je Patient	Richtwert: 30 – 45 Min.	9,04	0,90

**Sensomotorische/perzeptive Störungen**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54103	Einzelbehandlung	Richtwert: 45 - 60 Min.	33,50	3,35

**Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

54206	Abrechnung bei verordneter Pos. 54103 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 45 - 60 Min.	26,80	2,68
54210	Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) je Patient	Richtwert: 45 - 60 Min.	11,73	1,17

**Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientiert**

54104	Einzelbehandlung	Richtwert: 30 – 45 Min.	27,77	2,78
54207	Abrechnung bei verordneter Pos. 54104 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 30 – 45 Min.	22,22	2,22
54211	Gruppentherapie (3 – 5 Personen) - je Patient –	Richtwert: 45 – 60 Min.	11,73	1,17

**Psychisch-funktionelle Störungen**

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54105	Einzelbehandlung	Richtwert: 60 – 75 Min.	42,14	4,21
54208	Abrechnung bei verordneter Pos. 54105 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten -je Patient-	Richtwert: 60 – 75 Min.	33,71	3,37
54212	Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) - je Patient –	Richtwert: 90 – 120 Min.	21,58	2,16

**Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

**Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
54301	Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte - nur neben „mot.-funkt.“ und „sensomot.-perzept.“ Behandlungen, sofern vom Arzt verordnet.		3,71	0,37

**Schienen**

54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene – <b>bis einschließlich 150,00 Euro ohne Kostenvoranschlag</b>			
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene – <b>ab 150,01 Euro nach Kostenvoranschlag</b>			

**Ergotherapeutische Funktionsanalyse**

54002	Ergotherapeutische Funktionsanalyse und Anamnese einschließlich Beratung (nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar; bei Unterbrechung von mehr als 12 Wochen liegt ein neuer Behandlungsfall vor).		17,77	1,78
-------	--	--	-------	------

**99 Hausbesuch/Wegegeld**

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Vergütung Euro	Zuzahlung Euro
59933	Pauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch eines Patienten  (Pauschale beinhaltet Hausbesuchsgebühr und Wegegeld)  Sie ist für jeden <u>Patienten pro Behandlungstag</u> einmal abrechenbar.		10,30	1,03

**Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

59934	<p>Hausbesuchs-Pauschale</p> <p>Hausbesuchs-Pauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung je Patient und Tag. Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Diese Position ist (bei Behandlung mehrerer Patienten einer sozialen Einrichtung) ab dem ersten Patienten abzurechnen.</p> <p>Diese Hausbesuchs-Pauschale ist auch anzusetzen bei Patienten, die in einem Haushalt, unter derselben Anschrift an einem Behandlungstag therapiert werden.</p> <p>Diese Pauschale beinhaltet die Wegegebühr.</p>		5,85	0,59
-------	---	--	------	------

**§ 2**

**Vergütungsinhalt**

- (1) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle in Zusammenhang mit der ergotherapeutischen Behandlung erforderlichen Aufwendungen (Materialien, Vor- und Nachbereitungszeit dgl.) abgegolten (Endpreis).
- (2) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung Anlage 1b zu den Rahmenempfehlungen. Die Positionen zur Beratung zur Integration in das häusliche Umfeld (54107, 54108, 54109, 59932) und zur Belastungserprobung (54110 und 54213) wurden abweichend von der Leistungsbeschreibung nicht vereinbart.
- (3) Auf die vorherige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wird von den Krankenkassen derzeit verzichtet. Voraussetzung dafür ist, dass jede Verordnung außerhalb des Regelfalles die vom Arzt erforderliche Begründung auf der Verordnung beinhaltet.
- (4) Die Abrechnung der Positionen 59933 und 59934 sind für einen Versicherten am selben Tag nicht zulässig.
- (5) Die Abrechnung ergotherapeutischer Einzelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten ist nur dann möglich, wenn die Art der therapeutischen Maßnahmen die gleichzeitige Therapie zweier Patienten zulässt.

**Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Durchführung der Ergotherapie vom 30.03.1992 in der Fassung vom 02.08.2010**

- (6) Eine Doppelbehandlung einzelner Positionen (Durchführung zweier aufeinander folgender gleicher Behandlungspositionen) ist grundsätzlich nicht möglich.  
In medizinisch begründeten Ausnahmefällen ist eine Doppelbehandlung möglich, sie muss allerdings ausdrücklich ärztlich so verordnet sein.
- (7) Nicht eindeutig gestellte Verordnungen werden vom Behandler an den Arzt zur entsprechenden Ergänzung mit Arztstempel und Unterschrift zurückgegeben.
- (8) Die Behandlung ist grundsätzlich in der Praxis des Zugelassenen durchzuführen. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Ein anderer Therapieort bedarf einer ausdrücklich so gestellten Verordnung des Arztes.
- (9) Die Ergotherapeuten können keine weitergehenden Forderungen gegenüber den Versicherten erheben. Hiervon unberührt bleibt die Zuzahlung nach dem Sozialgesetzbuch.
- (10) Für die Abrechnung von ärztlich verordneten Hausbesuchen ist die Position x9933 anzusetzen. Diese Pauschale beinhaltet auch die Wegegebühr und kann pro Patient einmal täglich abgerechnet werden.  
Bei Hausbesuchen von mehr als einem Patienten, in dem gleichen Haushalt, derselben Anschrift und/oder derselben Einrichtung (auch wenn über mehrere Gebäude/Hausnummern verteilt) an einem Behandlungstag behandelt werden, ist die Position 59934 anzusetzen. Diese Pauschale beinhaltet die Hausbesuchs- und die Wegegebühr und ist für jeden Patienten abrechenbar, sobald Behandlungen am gleichen Tag durchgeführt werden.  
Werden verschiedene Hausbesuchspositionen in einer Verordnung abgerechnet, sind die entsprechenden Behandlungstage zu kennzeichnen, um eine korrekte Datenanlieferung zu gewährleisten.  
§ 7 Abs. 3 und § 9 Abs. 16 3. Abschnitt des Rahmenvertrages gelten nicht.

**§ 3**

**Abrechnung und bundeseinheitliche Schlüsselposition**

- (1) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen (Muster 18) werden zusätzlich zu den § 302 SGB V - Richtlinien vom Zugelassenen auch in den Feldern "Gesamt-Brutto", "Gesetzliche Zuzahlung", „Heilmittelpositionsnummer“ und „Faktor“ ausgefüllt.
- (2) Die angegebenen fünfstelligen Positionsnummern richten sich nach dem bundeseinheitlichen Schlüsselverzeichnis für Heilmittelpositionen und sind auf der Verordnung anzugeben.

**§ 4**

**Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V**

Die Ausführungen der Richtlinien zu § 302 SGB V sind anzuwenden.

**§ 5**

**Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Die Preisvereinbarung tritt ab **01.09.2010 in Kraft**. Die Vergütungen können für die Rezepte abgerechnet werden, bei denen die erste Behandlung nach dem 31.08.2010 stattfindet.
- (2) Die Preisvereinbarung kann mit einer Frist von einem Monat, kündbar frühestens zum **30.09.2011** mit eingeschriebenem Brief, gekündigt werden.  
Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass sofern zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und dem Berufsverband der Ergotherapeuten in der Anlage 2 (Vergütungsvereinbarung) des Rahmenvertrages über die Durchführung der Ergotherapie die pauschale Abgeltung für Hausbesuche für den Besuch eines Patienten vereinbart wird, diese Vergütungsvereinbarung zum gleichen Zeitpunkt außer Kraft tritt, in dem diese allgemeingültige Vergütungsvereinbarung in Kraft tritt, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ab diesem Zeitpunkt gelten für o.g. Einrichtungen ohne weiteres die mit dem Berufsverband der Ergotherapeuten vereinbarten Vergütungen. Ferner entfällt ab diesem Zeitpunkt das für diese Vereinbarung vergebene Tarifikennzeichen, es ist dann das Tarifikennzeichen der Vergütungsvereinbarung, die mit dem Berufsverband der Ergotherapeuten vereinbart wurde, zu verwenden.

München, den 02.08.2010

.....  
Therapeutische Praxis Wartaweil  
(Trägerschaft Soziale Beratungs- und  
Betreuungsdienste gGmbH)

.....  
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

.....  
BKK Landesverband Bayern

.....  
Therapiepraxis Viva  
(Trägerschaft: Körperbehinderte  
Allgäu gGmbH)

.....  
Knappschaft  
-Regionaldirektion München-

.....  
Vereinigte IKK