

**Rahmenvertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V  
über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen  
vom 01. April 2018**

**zwischen**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST**

-Hauptverwaltung Hamburg-,  
Süderstr. 24  
20097 Hamburg

**der IKK Nord,**

Ellerried 1  
19061 Schwerin

**der KNAPPSCHAFT**

Regionaldirektion Nord  
Millerntorplatz 1  
20359 Hamburg

(nachstehend Krankenkassen genannt)

**und**

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.,**

Becker-Göring-Straße 26 / 1  
76307 Karlsbad,

handelnd für seine Mitglieder in Schleswig-Holstein

(nachstehend Leistungserbringer genannt)

**Präambel**

Die Vertragspartner vereinbaren diesen Rahmenvertrag mit dem Ziel, eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Ergotherapie im Bundesland Schleswig-Holstein zu gewährleisten.

Die Vertragspartner verpflichten sich, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Umsetzung des Rahmenvertrages Sorge zu tragen.

## **§ 1 Allgemeine Grundsätze**

- (1) Dieser Vertrag soll eine wirksame und wirtschaftliche ambulante Versorgung mit ergotherapeutischen Heilmitteln unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sicherstellen.
- (2) Dieser Vertrag gilt für die Versorgung von Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen sowie Leistungserbringer, die die Anerkenniserklärung gemäß § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (Anlage 1) unterzeichnet haben. Für bereits zugelassene Leistungserbringer gilt dieser Vertrag ohne erneute Unterzeichnung einer Anerkenniserklärung.
- (3) Die Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Ergotherapie mit allen Anlagen (A1- Leistungsbeschreibung, A2-Fortbildungsbeschreibung, A3-Notwendige Angaben auf ergotherapeutische Verordnungen) ist in jeweils geltender Fassung Bestandteil dieses Vertrages. Die Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen (§ 1 Abs. 3 der Rahmenempfehlung).
- (4) Soweit in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V oder den Richtlinien nach § 302 SGB V eine Konkretisierung durch den Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vorgesehen ist, oder weitere, dort nicht enthaltene Regelungen zu treffen sind, wird dies in den nachfolgenden Paragraphen bestimmt.
- (5) Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.
- (6) Leistungen die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen und dürfen Leistungserbringer nicht bewirken.

## **§ 2 Behandlungsunterbrechungen**

- (1) Wird die Therapie um einen längeren als den in der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraum unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit für die verbleibenden Therapieeinheiten.
- (2) Im Interesse der Patientinnen und Patienten ist zu berücksichtigen, dass die Therapie z.B. krankheits-(K), ferien-, oder urlaubsbedingt (F) unterbrochen werden kann oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert (T) sein kann. Die therapeutische Fachkraft begründet der Krankenkassen die Überschreitung der in der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt. Die therapeutische Fachkraft hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, andernfalls ist die

Therapie abzubrechen. Werden die vorgenannten Regeln eingehalten, ist eine Unterbrechung der Therapie bis zu einer Dauer von 28 Tagen, bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 56 Tagen, unschädlich (§ 16 Abs. 5 S. 1 Bstb. d der Rahmenempfehlung).

- (3) Eine Verordnung verliert auch mit Begründung für die nach der Unterbrechung verbleibenden Therapieeinheiten ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen bzw. bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 56 Tagen fortgeführt wird.

### **§ 3 Einsatzradius**

Um einen ordnungsgemäßen Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Therapie zu gewährleisten, dürfen Therapien außerhalb der Praxis nur in einem regionalen Einsatzradius bis zu 75 km, gerechnet vom Sitz der zugelassenen Praxis, erbracht werden (§ 12 Abs. 8 der Rahmenempfehlung).

### **§ 4 Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jeder Zugelassene verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede (Zweit-) Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
- (3) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlendem IK werden abgewiesen. Gleiches gilt für unbekannte IK.
- (5) Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (6) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden.

### **§ 5 Abrechnungsregelungen**

- (1) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Kalendermonaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung aufgerechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technischen Anlage 1 von den Krankenkassen zu begründen. Rückforderungen nach Ablauf von 12 Kalendermonaten können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen aufgerechnet werden, es sei denn, es liegt ein Vertragsverstoß des Zugelas-

senen vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

- (2) Eine mit dem verordnenden Arzt abgesprochene, einvernehmliche Änderung der Verordnung durch den Therapeuten sowie die Dokumentation einer Behandlungsunterbrechung nach § 2 dieses Vertrages ist vor erstmaliger Inrechnungstellung gegenüber den Krankenkassen auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
- (3) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Kalendermonaten nach Behandlungsende der Verordnung nicht mehr erhoben werden.
- (4) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist für die Bezahlung der Rechnungen auf Basis der maschinell verwertbaren Daten beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei den Krankenkassen. (§ 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 SGB V). Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.
- (5) Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnerkürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt. Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere Preislistennummer, Positionsnummern und Preise), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.
- (6) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkassen eine schriftliche Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den gegenüber den Krankenkassen angezeigten schriftlichen Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkassen, so haftet der Leistungserbringer der Krankenkassen im selben Umfang wie die Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (7) Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung verzichten. Die Kennzeichnung der Verordnung mit „Gebühr frei“ durch den Arzt allein ist nicht ausreichend. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der zuständigen Krankenkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld „Gebühr pflichtig“ angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.

## **§ 6 Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Rahmenvertrag gilt ab dem 1. April 2018. Für alle in diesem Vertrag und den Anlagen geregelten Leistungen gilt ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens ausschließlich dieser Vertrag. Alle anderen Verträge und deren Anlagen treten außer Kraft, soweit der vorliegende Vertrag für die in den Anlagen geregelten Bereiche Rechtswirkung entfaltet.
- (2) Der Rahmenvertrag kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2020, gekündigt werden. Bis zum Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages gilt der bisherige Rahmenvertrag weiter.
- (3) Eine Kündigung des Rahmenvertrages lässt die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsvereinbarungen (Anlage 2) unberührt. Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarungen gelten die jeweils vereinbarten Fristen.

## **§ 7 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 Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

## **§ 8 Schriftform**

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

Folgende Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

- Anlage 1     Anerkennungserklärung
- Anlage 2     Vergütungsvereinbarung

Karlsbad, Hamburg, Schwerin, den 05. März 2018

		
DVE e. V., Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.		BKK-Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Hamburg
		
		IKK Nord, Schwerin
		
		KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord, Hamburg

### Anlagen

- Anlage 1 Anerkenniserklärung
- Anlage 2 Vergütungsvereinbarungen

# ANLAGE 1

## Anerkenniserklärung

gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

Hiermit erkenne(n) ich/wir die für die Versorgung der Versicherten mit ergotherapeutischen Leistungen sowie deren Vergütung geltenden Vereinbarungen in ihrer jeweils geltenden Fassung an, die für das Bundesland Schleswig-Holstein für

**IKK Nord  
BKK Landesverband NORDWEST  
KNAPPSCHAFT**

geschlossen worden sind, und möchte nach der Vergütungsliste des folgenden Verbandes abrechnen:

Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. – DVE

Ich bin Mitglied im Berufsverband:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift Inh./FL

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen

**Hinweis:** Diese Erklärung gilt mit Wirkung für die Zukunft und kann auch nur für die Zukunft widerrufen werden. Bei einem Widerruf ist, um den Fortbestand der Zulassung zu gewährleisten, entweder der unmittelbare zeitliche Anschluss einer separaten Vereinbarung zwischen der Praxis und den Krankenkassen/-verbänden oder eine Anerkenniserklärung alternativer Vereinbarungen mit einem Verband der Leistungserbringer in Schleswig-Holstein notwendig.