

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R)
Berlin

und

dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED)
Mettlach;

dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
Karlsbad

über

**die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung¹**

¹ Der Vertrag (inklusive der Anlagen 1 – 6) ist gemäß des Schiedsspruchs 4 HE 14–21 vom 15.12.2021 festgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen	3
Präambel	5
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	6
§ 2 Leistungsgrundlagen	7
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	7
§ 4 Hausbesuche	10
§ 5 Bestätigung der Leistung	11
§ 6 Beginn der Behandlung	12
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung	13
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung	15
§ 9 Wahl der oder des Leistungserbringenden	17
§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht	17
§ 11 Zulassung	17
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis	21
§ 13 Barrierefreiheit	21
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung	23
§ 15 Wirtschaftlichkeit	25
§ 16 Vergütung	25
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens	26
§ 18 Abrechnungsregelungen	28
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren	32
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	32
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	34
§ 22 Schlussbestimmungen	35

Begriffsbestimmungen

Verordnende/r	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen. Im Bereich der Ergotherapie zählen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenfalls zu Verordnenden.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden identisch sein.
Heilmittel-Richtlinie	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringende/r	Jede und jeder Therapierende, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den ARGEen gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für die oder den zugelassenen Leistungserbringenden an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Sie oder er kann mit der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Verordnung	Von einer oder einem Verordnenden gemäß der HeilM-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen Krankenkassen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringende/r	Die Person(en) oder Personenvereinigungen nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene(r) Leistungserbringende/r“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.

Ort der Leistungserbringung	Für den Ort der Leistungserbringung gilt § 11 HeilM-RL entsprechend. Erfordert es die therapeutische Zielsetzung, kann die Therapie außerhalb der Praxis (z. B. Training der Alltagsaktivitäten, Transfer ins häusliche bzw. soziale Umfeld) durchgeführt werden.
-----------------------------	---

Präambel

Grundlage dieses Vertrages ist das gemeinsame Bestreben der Kostenträger und der Leistungserbringenden, die gesetzlich Versicherten unter den Gesichtspunkten von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gemäß § 70 SGB V mit ergotherapeutischen Behandlungen zu versorgen.

Die Vertragsparteien unterstützen sich gegenseitig zur bestmöglichen Erreichung dieses gemeinsamen Zieles. Alle vereinbarten Regelungen dienen diesem Zweck und sind unter diesem Gesichtspunkt anzuwenden.

Der Vertrag und dessen Anwendung basieren auf vertrauensvoller Zusammenarbeit.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und 2 SGB V mit Leistungen der Ergotherapie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.

- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1– 6:
 - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
 - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
 - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)
 - d) Fortbildung (Anlage 4)
 - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
 - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

- (3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringenden, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringende, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle schriftlich anzuerkennen.

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.

- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der HeilM–RL in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringende nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringenden zwingend zu beachten und anzuwenden.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Ergotherapie werden auf der Grundlage einer Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL entspricht. Die Anlage 3 dieses Vertrages konkretisiert die Formerfordernisse der HeilM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe der Anlage 3 möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die HeilM-RL.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist berechtigt und verpflichtet, verordnete Maßnahmen der Ergotherapie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch ihre oder seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringenden durchführen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung.
- (2) Ist die oder der zugelassene Leistungserbringende eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat sie oder er für die fachliche Leitung der Praxis eine angestellte Leistungserbringende oder einen angestellten Leistungserbringenden gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-Sharing-Verfahren ist möglich und auf 2 Leistungserbringende begrenzt. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.

- (3) Sofern eine fachliche Leitung benannt wurde, kann diese bei begründetem Ausfall, z. B. durch längerfristige Krankheit, Urlaub, Fortbildung, bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit, bei Pflegezeit sowie bei Kündigung oder Tod in der Praxis vertreten werden. Für die Fälle nach § 3 Absatz 2 gilt diese Vertretungsregelung für die Dauer von bis zu 6 Monaten. Von den Vorgaben nach § 12 Absatz 1 kann im Vertretungsfall in begründeten Fällen abgewichen werden.
- (4) Bei Anstellung von therapeutisch tätigen Mitarbeitern erfolgt eine Mitarbeitermeldung an die jeweils zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich mit folgendem Inhalt:
- Vor- und Nachname
 - Geburtsdatum
 - Berufsurkunde in Kopie
 - die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Bei Ende der Tätigkeit einer oder eines Leistungserbringenden ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft unverzüglich mitzuteilen.

Auf Anforderung der Zulassungsstelle stellt die oder der zugelassene Leistungserbringende innerhalb von 14 Tagen aussagekräftige Raumbelungspläne ihrer oder seiner Praxis zur Verfügung.

- (4a) Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern oder Studentinnen und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) die oder der zugelassene Leistungserbringende den Nachweis erbringen kann, mit der jeweiligen Fach- und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern und/oder Studentinnen und Studenten im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,
 - b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student abhängig vom Lernstand unter ständiger Aufsicht und Anleitung der oder des zugelassenen Leistungserbringenden oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird.

- (5) Die oder der zugelassene Leistungserbringende haftet für die von ihnen oder seinen eingesetzten Leistungserbringenden und Personen nach Absatz 4a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für ihre oder seine eigenen Leistungen. Sie oder er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
- (6) Die oder der zugelassene Leistungserbringende darf die Therapie einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen. Die oder der Versicherte ist zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (7) Es ist unzulässig, dass die oder der zugelassene Leistungserbringende für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels auf Grund derselben Diagnose (endstellig identischer ICD-10-Code, ggf. an derselben Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellter Verordnungen Heilmittel parallel erbringt und abrechnet.
- (8) Versicherte dürfen nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Verordnenden zu fordern. Die oder der Verordnende dürfen in ihrer oder seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflusst werden (vgl. § 128 SGB V).
- (9) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) oder in der HeilM-RL beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (10) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn der oder dem Leistungserbringenden die

vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.

- (11) Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 3) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist 4 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu beachten.
- (12) Die oder der zugelassene Leistungserbringende gewährleistet, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (13) Die Vorschriften des Medizinprodukterechtes sind in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten. Die Hygiene-Bestimmungen des Landes, in dem die oder der zugelassene Leistungserbringende seinen Betriebssitz hat, sind in der jeweils gültigen Fassung von ihr oder ihm und ihren oder seinen Leistungserbringenden zu beachten.

§ 4 Hausbesuche

- (1) Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist verpflichtet, verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 10 Kilometern um die Praxis liegt. Darüber hinaus gehend ist die oder der zum Wohnort der oder des Versicherten nächstgelegene zugelassene Leistungserbringende verpflichtet.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringenden, für die die oder der zugelassene Leistungserbringende in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis der oder des zugelassenen Leistungserbringenden erbringen, ist möglich, soweit diese vertraglich an die

Praxis der oder des zugelassenen Leistungserbringenden angebonden sind und die oder der zugelassene Leistungserbringende die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung überwacht.

§ 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene/n Leistung/en sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind von der oder dem Leistungserbringenden auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut und unter Angabe des Datums darzustellen (ab der 2. Zeile können identische Maßnahmen abgekürzt oder mit einem Wiederholungszeichen versehen werden) und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.
- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes unverzüglich erfolgen. Ein Hinweis, welche Person in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in Einrichtungen.
- (3) Die oder der zugelassene Leistungserbringende oder ihre oder seine Leistungserbringende können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertreter oder Betreuungsperson übernehmen.
- (4) Verordnungen von Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind stets von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte oder betreuende Personen von Kindern im o.°g. Alter bestätigen am Ende der Behandlungsserie

einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat.

§ 6 Beginn der Behandlung

- (1) Behandlungen dürfen durchgeführt werden, wenn eine Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V erteilt wurde. Die Zulassung ist unverzüglich durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V nach Vorlage der gemäß § 11 Absatz 7 erforderlichen Unterlagen zu erteilen.
- (2) Soll die Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V erfolgen, gilt § 3 Absatz 4 entsprechend.
- (3) Mit der Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.
- (4) Sofern die oder der Verordnende einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, hat die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Sofern während einer laufenden Behandlung eine weitere Verordnung desselben Verordnungsfalls ausgestellt wurde und diese mit einem dringlichen Behandlungsbedarf gekennzeichnet ist, gilt hinsichtlich des Behandlungsbeginns abweichend die Frist nach § 6 Absatz 3.
- (5) Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a der HeilM-RL hat die oder der zugelassene Leistungserbringende einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. Verordnungen aus dem „Entlassmanagement“ müssen klar und eindeutig als solche zu erkennen sein, andernfalls gelten sie als reguläre Verordnungen.

- (6) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 bis 5 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei Verordnungen nach § 6 Absatz 4 Satz 2 kann zwischen der oder dem Verordnenden und der oder dem Leistungserbringenden eine abweichende Regelung getroffen werden, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist von der oder dem Leistungserbringenden auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

- (1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat die oder der zugelassene Leistungserbringende darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Verordnende oder verantwortlichen Verordnenden zu informieren und die Therapie zu unterbrechen.
- (2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungseinheiten je Verordnung erreicht, ist die Therapie zu beenden. Die Beendigung der Therapie ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (3) Bricht die oder der zugelassene Leistungserbringende die Therapie z. B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der oder des Versicherten ab, informiert sie oder er die Verordnende oder den Verordnenden hierüber. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (3a) Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Die Behandlung kann in den begründeten Ausnahmefällen:
- a) therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T),
 - b) Krankheit der oder des Versicherten/der oder des Leistungserbringenden (K) und

- c) Ferien oder Urlaub der oder des Versicherten/der oder des Leistungserbringenden (F)

in Summe für bis zu 70 Kalendertage unterbrochen werden. Für die Berechnung der Summe werden nur Unterbrechungen berücksichtigt, die jeweils länger als 14 Kalendertage währen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) auf dem Ordnungsblatt (oder im Wege ggf. vereinbarter IT-gestützter Verfahren). Es muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Die Beurteilung, ob durch die Dauer der Unterbrechung das Therapieziel gefährdet ist, obliegt dabei allein der oder dem Leistungserbringenden. Behandlungsunterbrechungen stellen keine Abweichung von der Frequenz dar. Werden die vorgenannten Regeln eingehalten, gelten die Ordnungen auch über die 12-Wochenfrist gemäß § 7 Absatz 6 HeilM-RL hinaus.

- (4) Die Behandlung auf Grundlage von Ordnungen im Rahmen des Entlassmanagements muss innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden und innerhalb von 12 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen sein. Sofern die Behandlung nicht innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird, verliert die Ordnung ihre Gültigkeit. Behandlungseinheiten, welche nicht innerhalb von 12 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch genommen wurden, verfallen.
- (5) Alle Leistungen einer Ordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Ordnung zur selben Diagnose (endstellig identischer ICD-10-Code, ggf. an derselben Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe begonnen wird. Dies gilt auch bei laufenden Behandlungen desselben Ordnungsfalls, wenn die weitere Ordnung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden kann. In diesen Fällen behält die später ausgestellte Ordnung auch über 28 Kalendertage hinaus ihre Gültigkeit. Jedoch muss der Behandlungsbeginn der weiteren Ordnung innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem letzten Behandlungstermin der zuvor ausgestellten Ordnung erfolgen.

§ 8 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der erbrachten Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43c SGB V von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden auch nur bis zu dieser Höhe zu erheben. Eine Zuzahlung für die ergotherapeutische Schiene sowie für die Übermittlung des Therapieberichts wird nicht erhoben.

- (2) Versicherte haben gesetzliche Zuzahlung zu leisten, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von dieser nach § 62 SGB V befreit sind. Der Status der Zuzahlungspflicht (zuzahlungspflichtig ja/nein) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für die Leistungserbringende oder den Leistungserbringenden bindend. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu prüfen. Entspricht die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der oder des Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.

- (3) Für die Ermittlung der Höhe der Zuzahlungspflicht in Höhe von 10 % der Heilmittelkosten ist der Zeitraum der Leistungserbringung ausschlaggebend (Tag der Leistungserbringung). Für die Zahlung der Verordnungsblattgebühr ist der erste Behandlungstag der Verordnung maßgebend. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat die Versicherten vor Beginn der Behandlung schriftlich über die Zuzahlungspflicht, über die Fälligkeit der Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung und die Möglichkeit der Erstattung bei zu viel gezahlter Zuzahlung aufzuklären. Sofern die Zuzahlung nicht am ersten Behandlungstag entrichtet wurde, hat die oder der zugelassene Leistungserbringende ab dem Tag der zweiten Behandlung die Versicherten schriftlich an die Zuzahlung zu erinnern und ihnen eine Zahlungsfrist von 14 Kalendertagen einzuräumen. Zahlt die oder

der Versicherte trotz dieser gesonderten schriftlichen Aufforderung die Zuzahlung bis zum Ende der Behandlungsserie bzw. bis zum Ablauf der Zahlungsfrist nicht, hat die Krankenkasse gemäß § 43 Absatz 1 Satz 2 SGB V die Zuzahlung einzuziehen. In diesem Fall berechnet die Praxis die Brutto-Preise und verwendet bei der Zuzahlung gemäß Ziffer 8.1.3 den Schlüssel 2 (2= keine Zuzahlung trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung; vgl. Abrechnungsrichtlinie).

- (4) Von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden zu viel eingezogene Zuzahlungen (z. B. bei vorzeitigem Behandlungsabbruch) sind von dieser oder diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Quittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V muss entsprechend geändert werden.
- (5) Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung der oder des Versicherten gemäß § 32 i. V. m. § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen gefordert werden. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt. Die Vereinbarung einer Zusatzleistung darf nicht zur Bedingung einer Vertragsleistung werden.
- (6) Heilmittel werden nach §§ 2, 32 SGB V als Sachleistung erbracht. Daher dürfen Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.
- (7) Die vertraglich geregelte Einziehung der Zuzahlung durch die zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden kann auch Gegenstand der Maßnahmen der Qualitätsprüfung nach § 14 sein. Sofern eine unverhältnismäßig hohe Zunahme der Zuzahlungseinforderung durch die Krankenkasse nach Ablauf von 12 Monaten vorliegt, wird der Fortbestand dieser Regelung von den Vertragspartnern neu bewertet.

§ 9 Wahl der oder des Leistungserbringenden

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringenden frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Versicherten über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringenden zu informieren.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden. Im Übrigen gilt das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz – HWG).
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringenden und Verordnenden, die dazu führt, dass die freie Wahl der oder des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringenden beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Absatz 5b SGB V wird hingewiesen.

§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht

Die oder der zugelassene Leistungserbringende und die Krankenkassen sind aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG oder KDG oder DSGVO-EKD) einzuhalten.

§ 11 Zulassung

- (1) Leistungserbringende erhalten eine Zulassung nach § 124 SGB V, wenn die folgenden Anforderungen erfüllt werden:

Die oder der zuzulassende Leistungserbringende

- a) besitzt die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss,
- b) verfügt über eine Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und
- c) erkennt die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V und § 125a SGB V an.

- (2) Verfügt die oder der zugelassene Leistungserbringende selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a. muss vor der Zulassung nachgewiesen werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringende durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit der Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen.
- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. In der Gesamtbetrachtung müssen die räumlichen Gegebenheiten geeignet sein, um die Heilmittelversorgung in geeigneter Weise abzugeben. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V.
- (4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden oder der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und unverzüglich vor der Änderung, bei unvorhersehbaren Ereignissen unaufgefordert und unverzüglich nach Kenntnisnahme, gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat die oder der zugelassene Leistungserbringende die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.
Bei Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen gemäß Anlage 5 haben bereits zugelassene Praxen Bestandsschutz.
- (5) Die Praxis muss öffentlich zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Ergotherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation, Diagnostik, Beratung) ausgerichtet sein.
- (6) Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der in Absatz 5 genannten Tätigkeitsfelder angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe

gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen. Wartebereich und Toiletten können gemeinsam genutzt werden.

- (7) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen:
- a) Qualifikation: Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung oder die Diplom-, Bachelor- und/oder Masterurkunden. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
 - b) Praxisausstattung: Nachweis über das Eigentum oder das Recht an der Praxisnutzung (Mietvertrag, etc.), Raumskizze inkl. der Angabe der m²-Zahl und der Deckenhöhe je Raum, sowie Aufstellung über die vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.
 - c) Die oder der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und weiterzuführen.
 - d) Sonstiges: Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister, ggf. vergleichbare Nachweise. Dies gilt nicht bei Praxisgemeinschaften mit mehreren Institutionskennzeichen.
 - e) Bei einer Praxisverlegung müssen lediglich die Nachweise bezüglich der neuen Räume erbracht werden.
 - f) Bei einem Praxisverkauf ohne Verlegung hat der neue Inhaber lediglich die Qualifikationen sowie die Mindestausstattung nachzuweisen. Für die Zulassung der Räume an sich besteht insofern ein Bestandschutz.
- (8) Bei Zeiträumen die über 12 Wochen je Kalenderjahr hinausgehen, bleibt bei begründetem Ausfall, z. B. durch längerfristige Krankheit, Urlaub, Fortbildung, bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit, bei Pflegezeit sowie bei Tod der oder des zugelassenen Leistungserbringenden die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Personalien einer vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich vor Beginn mitzuteilen. Die vertretende Person muss die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in der Spezifizierung

nach Anlage 5 erfüllen und nachweisen. Von den Vorgaben nach § 12 Absatz 1 kann im Vertretungsfall in begründeten Fällen abgewichen werden.

- (9) Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Absatz 8 Satz 1 genannten Frist keine neue zuzulassende Leistungserbringende oder kein neuer zuzulassender Leistungserbringender benannt, erlischt die Zulassung.
- (10) Die Zulassung endet, wenn eine der Anforderungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt ist, wenn diese zurückgenommen werden muss oder wenn diese von der zulassenden Stelle widerrufen wird.
- (11) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringenden mit den nachfolgenden Angaben der oder des jeweils zugelassenen Leistungserbringenden:
- a) Heilmittelbereich
 - b) Name der Praxis
 - c) Anschrift
 - d) Telefonnummer
 - e) E-Mail (optional)
 - f) Homepage (optional)
 - g) Barrierefreiheit (optional)
 - h) Rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein)
 - i) Angaben zu § 125a SGB V

Die oder der zugelassene Leistungserbringende stellt sicher, dass die Angaben gemäß a) bis i) stets aktuell bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V vorliegen. Die Angaben sind frühestens ab 01.01.2022 an die zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V zu übermitteln.

§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Aus der Einbindung der zugelassenen Leistungserbringenden in den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V ergibt sich, dass eine Heilmittelpraxis maßgeblich für die Heilmittelversorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen muss. Die Maßgeblichkeit ist gegeben, wenn die Heilmittelpraxis an mindestens 3 Tagen je Woche und für mindestens 25 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte zur Verfügung steht.

- (2) Werden einer oder einem Leistungserbringenden in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 13 Barrierefreiheit

- (1) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informieren die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und die Arbeitsgemeinschaften nach § 125 Absatz 4 SGB V dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Für die Leistungserbringenden dient diese Empfehlung als Orientierungshilfe. Eine Verbindlichkeit resultiert daraus nicht. Auch können nur einzelne der ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt werden. Unabhängig davon sind regionale bau- oder gewerberechtliche Anforderungen zu beachten.

- (2) Basierend auf der Behindertenrechtskonvention und dem darauf aufbauenden Behindertengleichstellungsgesetz liegt Barrierefreiheit vor, wenn bauliche und sonstige Anlagen für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.

- (3) Konkrete Vorgaben zu Verkehrs- und Wegeflächen, Platzbedarf, Treppen, Rampen, Sanitäreinrichtungen, etc. sind der DIN 18040-1 "Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude" zu entnehmen.
- (4) Ein wichtiges Anliegen der Vertragspartner ist es, möglichst vielen Menschen einen freien Zugang zur Praxis zu ermöglichen. Eine frei zugängliche Praxis sollte folgenden Anforderungen genügen:
- Der Zugangsweg zur Praxis ist ebenmäßig, gut beleuchtet und hat keine Stolperfallen.
 - Die Praxis ist gut ausgeschildert.
 - Die Klingel ist für jeden zu erreichen, auch für Menschen im Rollstuhl. Sie ist außerdem groß und leicht zu ertasten.
 - Die Praxis ist im Erdgeschoss oder ein Aufzug ist vorhanden. Rampen oder Treppenlifte können hilfreich sein. Manchmal gibt es auch einen barrierefreien Nebeneingang.
 - Die Eingangstür ist so breit, dass ein Rollstuhl, Rollator oder Kinderwagen problemlos durchpasst.
 - Türen lassen sich leicht öffnen. Am besten ist ein automatischer Türöffner.
 - Es gibt eine Haltestelle oder Parkplätze in der Nähe der Praxis. Behindertenparkplätze sind wünschenswert.
- (4a) Insbesondere für Menschen mit körperlichen Einschränkungen ist es wichtig, dass sie sich ungehindert in der Praxis bewegen können und sich zurechtfinden. Beispiele hierfür sind:
- ausreichender Platz im Anmeldebereich, in den Toilettenräumen und Umkleiden
 - Anmeldetresen sollten nicht zu hoch sein
 - genügend Sitzgelegenheiten, Stühle mit Armlehnen zum Abstützen
 - Handläufe und Stützgriffe zum Festhalten
 - höhenverstellbare Einrichtung, z. B. Tische, Stühle und Liegen
 - rutschhemmender Bodenbelag
 - keine Stolperfallen, wie Kabel oder Türschwellen
 - ein Notrufknopf auf der Toilette
 - Schilder in gut lesbarer Schrift
 - ausreichende, blendfreie Beleuchtung
 - schwierige oder wichtige Stellen sind auffällig markiert, wie große Glasflächen, Stufen, Türschwellen

(4b) Für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderung, geistiger Behinderung oder geringen Deutschkenntnissen ist es oft schwierig, sich zu verständigen.

Folgendes kann helfen:

- Anmeldung auch per Fax, SMS oder E-Mail
- Die Mitarbeitenden der Praxis wenden sich im Gespräch direkt an die Patienten und Bezugs-/Begleitpersonen.
- Gegebenenfalls ist jemand verfügbar, die oder der übersetzt.
- Die oder der Leistungserbringende spricht in einer verständlichen, deutlichen Sprache. Dabei können Bilder oder Modelle helfen. Rezepte oder Formulare werden vorgelesen.

§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung

(1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen. Auf Wunsch der oder des zugelassenen Leistungserbringenden ist deren oder dessen Verband hinzuzuziehen.

(2) Zur Sicherung der Qualität hat die oder der zugelassene Leistungserbringende insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- a) Bemühung um Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden und der oder dem Verordnenden nach Maßgabe der HeilM-RL,
- b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
- c) Durchführung der Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung,
- d) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
- e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 11.

(3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von mindestens 14 Tagen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren, sofern die Ankündigung das Ziel der Prüfung nicht gefährdet. Der Praxisablauf darf dabei nicht gestört werden.

- (4) Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat die für die Prüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die sich daraus ergebenden erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Dem Datenschutz ist dabei umfassend Rechnung zu tragen. Eine Übermittlung von Behandlungsunterlagen (wie der Verlaufsdokumentation und Diagnostik) durch die Leistungserbringende oder den Leistungserbringenden darf ausschließlich an den Medizinischen Dienst erfolgen. Für die Krankenkassen gilt § 35 SGB I.
- (5) Über die Prüfung ist von der bestellten sachverständigen Person ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden. Der Bericht ist der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband zur Verfügung zu stellen.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung der oder des zugelassenen Leistungserbringenden, welche Maßnahmen die oder der zugelassene Leistungserbringende zur Beseitigung der Beanstandung innerhalb einer angemessenen Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 20 vor, der die Krankenkasse oder ihren Kassenartenverband dazu berechtigt, 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.
- (9) Jede oder jeder Leistungserbringende hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden.

§ 15 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringenden haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringenden haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in dem notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden, der sich durch die Verordnung ergibt.

- (2) Kriterien einer Leistungserbringung gemäß Absatz 1 sind insbesondere:
 - a) Abgleich des ergotherapeutischen Therapieplans mit der ergotherapeutischen Diagnostik unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der oder dem Verordnenden,
 - d) fristgerechter Behandlungsbeginn,
 - e) Regelleistungszeit je Therapieeinheit,
 - f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels,
 - g) Therapiefrequenz,
 - h) Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten,
 - i) Durchführung von Hausbesuchen.

- (3) Die Krankenkassen und ihre Kassenartenverbände können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten. Es gilt § 14 mit der Maßgabe, dass bei Verdacht auf Abrechnungsmanipulationen auch unangekündigt geprüft werden darf, § 197 a SGB V.

§ 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung. Wird nachträglich festgestellt, dass die oder der Verordnende zu Unrecht die Zuständigkeit einer Krankenkasse angenommen

hat, führt dies nicht zum Verlust des Vergütungsanspruchs der oder des Leistungserbringenden gegenüber der auf dem Verordnungsvordruck angegebenen Krankenkasse.

- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Leistungen, soweit die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 erfüllt sind. Mit Einreichung der Verordnung zur Abrechnung bestätigt die oder der zugelassene Leistungserbringende dies.
- (3) Die von einer oder einem zugelassenen Leistungserbringenden angestellten Leistungserbringenden sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringenden sollen daher, soweit möglich, vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringende weitergeben.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung nur unter der Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung der Arbeitnehmer erfolgen kann, die eine Attraktivität der Therapieberufe sowie eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen sicherstellt.
- (5) Dabei dienen die durchschnittlich tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte, die im Rahmen von § 165 SGB VII an die BGW gemeldet und statistisch von der BGW in einer Umlagerechnung (SSL 0120) erfasst werden, als Orientierung.
- (6) Individuelle Prüfungen der Praxen durch die Krankenkassen oder deren Kassenartenverbände hinsichtlich der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte sind nicht möglich.

§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede oder jeder zugelassene Leistungserbringende verfügt gemäß § 293 SGB V für jede Betriebsstätte/jeden Standort/jeden Heilmittelbereich über ein Institutionskennzeichen (IK), das sie oder er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK

der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin (www.arge-ik.de) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen, die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt. Die oder der zugelassene Leistungserbringende hat dafür Sorge zu tragen, dass ihre oder seine bei der SVI hinterlegten Daten stets aktuell sind.

- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V bei der Zulassung mitzuteilen. Bei Abrechnungen von ambulant erbrachten Heilmitteln durch Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V ist das eingesetzte IK vor erstmaliger Abrechnung mit der Krankenkasse dieser mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Bei Verwendung eines Praxis-IK durch eine Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V mit mehreren Leistungserbringenden ist die oder der behandelnde Leistungserbringende oder sind die behandelnden Leistungserbringenden in der Abrechnung namentlich zu nennen. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (3) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Stilllegung des IK darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

§ 18 Abrechnungsregelungen

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringenden nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen (im folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt – abrufbar unter www.datenaustausch.de) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.
- (2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringenden verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die Rechnungsstellung nicht elektronisch per Datenträgeraustausch, sondern ausschließlich in Papierform, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringenden durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2 SGB V). Angelieferte, aber nicht maschinell verwertbare Datensätze (z. B. nicht den Anlagen zu § 302 SGB V entsprechend) werden zurückgewiesen und können von der oder dem Leistungserbringenden in korrigierter Form erneut eingereicht werden.
- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassener Leistungserbringender oder zugelassenem Leistungserbringendem und für jede Krankenkasse monatlich maximal zweimal für alle abgeschlossenen oder beendeten Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.

- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringenden nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (6) Die oder der zugelassene Leistungserbringende trägt die folgenden Angaben auf dem Ordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:
 - a) IK der oder des Leistungserbringenden (§ 17),
 - b) Rechnungs- und Belegnummer
- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.
- (8) Sofern sich aus der Verordnung Besonderheiten ergeben, ist das entsprechende Kennzeichen "Verordnungsbesonderheiten" gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V (z. B. Entlassmanagement, Verordnung im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Entbindung) im Rahmen des Datenträger austausches im Datensatz anzuliefern.
- (9) Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden für die Abrechnung aus dem Stempel der oder des Verordnenden zu übernehmen, falls dort ersichtlich.
- (10) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb von 9 Kalendermonaten geltend gemacht werden. Rückforderungen können gemäß § 51 SGB I und § 387 BGB – auch ohne Einverständnis der oder des zugelassenen Leistungserbringenden – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Bei unverhältnismäßigen

Rückforderungen ist die oder der Leistungserbringende vorab in Kenntnis zu setzen und ihr oder ihm Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Nachträgliche Korrekturen und/oder Ergänzungen können leistungserbringerseitig auf einer Verordnungskopie eingereicht werden. Widerspricht die oder der zugelassene Leistungserbringende oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Kalendermonaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform unter Angabe des Institutionskennzeichens und der Rechnungsnummer der oder des Leistungserbringenden sowie der Bearbeitungsnummer der jeweiligen Krankenkasse bzw. deren Abrechnungsfirma an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten. Bei unerlaubten Handlungen (insb. Abrechnungsmanipulationen seitens der Leistungserbringenden und Krankenkassen) gilt die gesetzliche Verjährungsfrist gem. § 45 SGB I.

- (11) Sofern bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisveräußerung oder bei einem Wechsel der oder des zugelassenen Leistungserbringenden durch die Versicherte oder den Versicherten Leistungen von 2 verschiedenen zugelassenen Leistungserbringenden in Anspruch genommen wurden, ist die 2. Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Leistungsbestätigung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind Teilabrechnungen nicht möglich.
- (12) Die Bezahlung der Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen

Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Die Krankenkasse gerät bei Nichteinhalten der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch die zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden bedarf (§ 286 BGB). Im Weiteren gilt § 288 BGB.

- (13) Überträgt die oder der zugelassene Leistungserbringende die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt sie oder er diese, so hat die oder der zugelassene Leistungserbringende die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten krankenkassenseitigen Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkassovollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.
- (14) Hat die oder der zugelassene Leistungserbringende der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch die zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkassovollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse durch Einschreiben, Fax oder per E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 7 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkassovollmacht. Forderungen der Krankenkasse gegen die

zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden können gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Es gilt § 18 Absatz 11 Satz 2 und 3 entsprechend.

- (15) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung der oder des Leistungserbringenden erfolgt direkt an die Versicherte oder den Versicherten, soweit die Kostenerstattung klar und eindeutig aus der Verordnung hervorgeht.

§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

Sofern sich ein, mehrere oder alle zugelassenen Leistungserbringenden oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Krankenkassen darüber verständigen, können in dem jeweiligen Verhältnis einzelne, mehrere oder alle nicht elektronischen Prozesse dieses Vertrages auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die Leistungsbestätigung nach § 5 und die Begründung für die Zeitüberschreitung nach § 7. Die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 SGB V sind vor Abschluss des jeweiligen Vertrages darüber in Kenntnis zu setzen. Bei grundlegenden Sachverhalten sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Ergotherapie auf Bundesebene einzubinden.

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Ist festgestellt worden, dass die oder der zugelassene Leistungserbringende im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrags gegen die ihr oder ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß") verstoßen hat, so sind die betroffenen Krankenkassen berechtigt,
- a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine angemessene Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,

b) wenn der Verstoß bereits behoben wurde, ohne dass es eine schriftliche Verwarnung der betroffenen Krankenkasse gegeben hatte, eine schriftliche Abmahnung auszusprechen,

c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen, nach dessen Anhörung, eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen, die bis zu 5 % des Vorjahresumsatzes mit der jeweiligen Krankenkasse betragen kann.

Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V hinsichtlich der Zulassung bleiben unberührt.

(2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:

a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen und organisatorischen Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringung (z. B.: Behandeln ohne Zulassung, Behandlungen durch unqualifiziertes Personal),

b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,

c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,

d) Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.

(3) Wird der Verstoß im Zusammenhang mit der Erbringung oder Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag begangen (deliktische Handlungen), sind die betroffenen Krankenkassen berechtigt, der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden zusätzlich zur Kürzung der Abrechnung nach § 18 Absatz 11 dieses Vertrages einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 10 % des Kürzungsbetrags bei einmaligen Verstößen und einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 20 % des Kürzungsbetrags bei wiederholten Verstößen in Rechnung zu stellen. Dieser Absatz tritt zum 01.01.2023 in Kraft, es sei denn die Vertragspartner vereinbaren einen abweichenden Zeitpunkt.

(4) Die Vertragsmaßnahmen können unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch nebeneinander verhängt werden.

(5) Im Falle des begründeten Verdachts eines Verstoßes sind die Krankenkassen gemäß § 197a Absatz 3a SGB V berechtigt, leistungsbezogene Daten in pseudonymisierter Form untereinander weiterzugeben, auszutauschen und

wechselseitig zu verarbeiten. Die Krankenkasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen nach den Absätzen 1 lit. c) und 3.

- (6) Die Krankenkassen können ihre Befugnisse nach den Absätzen 1, 3 und 5 auch auf einen für sie zuständigen Kassenartenverband übertragen.
- (7) Der GKV-Spitzenverband kann auf eigenen Wunsch im Anhörungsverfahren hinzugezogen werden. Der GKV-Spitzenverband kann den Krankenkassen auf deren Wunsch Hinweise zur Verhältnismäßigkeit von geplanten Sanktionen abgeben.
- (8) Die oder der Leistungserbringende ist jederzeit berechtigt, ihren oder seinen Berufsverband zum Verfahren hinzuzuziehen und auch durch diesen Erklärungen für sich abgeben zu lassen.

§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2022 in Kraft. Der Vertrag insgesamt oder einzelne Anlagen können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, erstmals zum 30.06.2023, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.
- (2) Für die Kündigung der Anlage 2 gilt die jeweils dort vereinbarte Frist.
- (3) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner zu informieren.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der HeilM-RL, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.

- (5) Der Vertrag bzw. seine Anlagen gelten bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bzw. seiner Anlagen weiter.

§ 22 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der Zielsetzung dieses Vertrages gem. § 70 SGB V am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist. Einvernehmliche Änderungen des Vertrages sind jederzeit möglich.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (3) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner unterstützen sich gegenseitig bei der Erfüllung dieses Vertrages und bei Erfüllung anderer Aufgaben, die die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln betreffen. Dazu tauschen sich die Vertragspartner mindestens zweimal jährlich aus.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam unverzüglich geklärt.

Anlage 1
Leistungsbeschreibung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung

Teil 1: Allgemeines zur Leistungsbeschreibung Ergotherapie

1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung der Ergotherapie berücksichtigt die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in dieser Richtlinie oder anderen Richtlinien des G-BA mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung der HeilM-RL des G-BA. Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen. Sie benennt die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft und ordnet diese einzelnen Leistungen zu.

Die Leistungsbeschreibung Ergotherapie orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als konzeptionelles Bezugssystem der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Dabei werden neben den Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen auch die Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sowie relevante Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) in den Blick genommen. Nur so ist eine qualitative und zielorientierte Therapie möglich.

Der Begriff „Teilhabe“ umfasst hier ausschließlich die ICF-Komponenten „Aktivitäten und Teilhabe“. Diese bio-psycho-soziale Betrachtungsweise bedeutet weder eine Leistungserweiterung, noch eine Änderung in Bezug auf erforderliche leistungsrechtliche Abgrenzungen zu anderen Trägern (beispielsweise solche die das SGB II, III, VI oder VII und IX betreffen). Die Verordnungsausschlüsse gem. § 6 HeilM-RL, insbesondere, wenn pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen geboten sind, sind zu beachten.

Den einzelnen Leistungen der Ergotherapie sind Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet.

2. Aufnahme der Therapie, Erstellung Therapieplan

Die Durchführung und Auswertung der ergotherapeutischen Diagnostik findet schwerpunktmäßig im Rahmen der ersten Behandlung einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten statt. Sie bildet, auf der Grundlage der Verordnung, die Voraussetzung, die Therapieziele zu definieren und einen Therapieplan zu erstellen. Im Verlauf der Therapie kann die ergotherapeutische Diagnostik zur Überprüfung der Therapieziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes erneut erforderlich sein.

Nach Bedarf werden Screening- und/oder differenzierte Assessmentmethoden (Beobachtungs-, Befragungs- und Testverfahren) eingesetzt.

Auf der Grundlage der Verordnung mit Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik sowie der Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs und der ergotherapeutischen Diagnostik werden Therapieziele definiert sowie der individuelle Therapieplan erstellt. Bei der Erstellung des Therapieplans werden die Patienten und, wenn erforderlich, die relevanten Bezugspersonen einbezogen.

Auf der Grundlage des individuellen Therapieplans wird die jeweilige Maßnahme der Ergotherapie durchgeführt. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse und die jeweilige Reaktionslage der Patienten besonders hinsichtlich der Interventionsmethoden sowie der Dauer, Intensität und des Umfangs der Therapie zu berücksichtigen.

3. Vor- und Nachbereitung; Verlaufsdokumentation

Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die Maßnahmen der Ergotherapie unabdingbar. Denn nur die individuelle Anpassung an die funktionellen und strukturellen Schädigungen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe der Patienten sowie die Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren gewährleistet den sinnvollen Einsatz der Methoden und Verfahren der Ergotherapie.

Entsprechend § 3 Absatz 12 des Vertrags Ergotherapie wird im Interesse einer effektiven und effizienten Ergotherapie eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Therapieeinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung und deren therapeutische Wirkung auf die funktionellen und strukturellen Schädigungen, sowie auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und auf die Kontextfaktoren der Patienten sowie ggf. Besonderheiten bei der Durchführung.

4. Ergotherapeutischer Bericht

Sofern die oder der Verordnende dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichten die Leistungserbringenden diese oder diesen gemäß § 16 Absatz 7 HeilM-RL gegen Ende der Therapieserie schriftlich über den Therapieverlauf. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapiezieles sowie ggf. aus der Evaluation des Therapieprozesses resultierende Vorschläge an die oder den Verordnenden zur Änderung des Therapieplans oder der verordneten Maßnahmen sind abzugeben, sofern die Leistungserbringenden die Fortsetzung der Therapie für erforderlich halten.

Näheres zum ergotherapeutischen Bericht wird, sofern erforderlich, zum späteren Zeitpunkt ergänzt.

5. Beratung

Die Information, Beratung und Schulung der Patientin oder des Patienten und/oder ihrer oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Therapieverlauf sind unverzichtbare Bestandteile der Maßnahmen der Ergotherapie. Die notwendige isolierte Beratung der Bezugspersonen ist im Einzelfall als Therapieeinheit zu erbringen.

Hierzu gehören auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme und die Begleitung der eigenständigen Umsetzung von vereinbarten Veränderungen durch die Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen im häuslichen bzw. sozialen Umfeld.

6. Maßnahmen der Therapie

Gemäß §§ 36 – 40 HeilM-RL umfasst die Ergotherapie folgende individuelle Maßnahmen:

1. Motorisch-funktionelle Behandlung
2. Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
3. Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung
4. Psychisch-funktionelle Behandlung
5. Therapieergänzende Maßnahmen

Darüber hinaus vereinbaren die Vertragspartner folgende Leistungen:

1. Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs
2. Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
3. Ergotherapeutischer Bericht

Parallelbehandlung:

Eine Parallelbehandlung von 2 Patientinnen oder Patienten ist möglich, wenn zuvor ein Anteil der verordneten Behandlungen als Einzeltherapie oder Gruppentherapie erfolgt ist und sich im Laufe der Behandlung die Möglichkeit und auch Vorteile für eine Parallelbehandlung ergeben.

Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es liegt eine Verordnung derselben Diagnosegruppe und desselben Heilmittels vor
- Die Schädigungsbilder und Beeinträchtigungen sind ähnlich bzw. vergleichbar
- Die Therapieziele sind vergleichbar
- Das Alter der Patientinnen oder Patienten wird berücksichtigt und ggf. geschlechtsspezifische Besonderheiten beachtet
- Das Einverständnis der Patientinnen oder Patienten liegt vor

Die Entscheidung darüber trifft die oder der Leistungserbringende.

Gruppentherapie:

Hat die oder der Verordnende Einzeltherapie verordnet und kommt die oder der Leistungserbringende im Laufe der Behandlung zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapie einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapie durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Patientin oder des Patienten und im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich.

Die einzelnen Leistungspositionen werden in Teil 2 weiter beschrieben.

Teil 2 Beschreibungen der Leistungen

1. Motorisch-funktionelle Behandlung

Definition:

Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen und Strukturen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren.

Thermotherapie kann die motorisch-funktionelle Behandlung unterstützen.

Eine Gruppentherapie (3 – 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigen.

Bei Verordnung von Gruppentherapie ist es notwendig, vorab die ergotherapeutische Diagnostik (s.o.) in einer Einzelbehandlung durchzuführen. Dabei wird auch die Gruppenfähigkeit der Patientin oder des Patienten abgeklärt sowie die Zuordnung zu einer geeigneten Gruppe vorgenommen. Nach bereits erfolgter Einzeltherapie werden Gruppentherapien ohne nochmalige ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt.

Heilmittelpositionsnummer:

- 54102 Einzelbehandlung
- 54107 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54205 Parallelbehandlung bei verordneter Position 54102 oder 54209 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten
- 54209 Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten)

Regelleistungszeit:

- 54102 45 Minuten bei Einzelbehandlung
- 54107 120 Minuten bei Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54205 45 Minuten bei Parallelbehandlung
- 54209 45 Minuten bei Gruppenbehandlung

Therapiezeit:

- Bei 54102: 30 Minuten
- Bei 54107: 105 Minuten
- Bei 54205: 30 Minuten
- Bei 54209: 30 Minuten

Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:

- 15 Minuten je Behandlungseinheit

Indikation:

Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
<p>SB1 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen)</p> <p>SB2 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen)</p> <p>SB3 System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen/sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen)</p> <p>EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn), Entwicklungsstörungen</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen (Rückenmark), Neuromuskuläre Erkrankungen</p> <p>EN3 Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen</p>	<p>1) der Funktionen willkürlicher Bewegungen (z. B. Stützfunktionen der Arme und Beine, Bewegungsmuster beim Gehen oder beim Lagewechsel)</p> <p>2) der Haltung und Haltungskontrolle</p> <p>3) der Funktionen von Muskelkraft-, -tonus und/oder -ausdauer (z. B. Muskelinsuffizienz, Muskelverkürzungen oder Kontrakturen, Monoparesen)</p> <p>4) der Funktionen der Beweglichkeit und Stabilität von Gelenken und Knochen</p> <p>5) der Hautfunktionen (z. B. Narben/ Keloidbildung, lokale Durchblutungs- und Regulationsstörungen)</p> <p>6) der Sinnesfunktionen (z. B. Temperatur-, Druck-, Berührungs-, Vibrationsempfinden, Schmerzwahrnehmung)</p> <p>7) Schmerzen</p>	<p>Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie:</p> <p>1) im Bereich der allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z. B. die tägliche Routine bewältigen)</p> <p>2) im Bereich der Selbstversorgung (z. B. sich waschen, kleiden, Toilette benutzen)</p> <p>3) im Bereich der Mobilität (z. B. Gehen und sich fortbewegen – mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel –, Gegenstände heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch)</p> <p>4) im Bereich des häuslichen Lebens (z. B. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit erledigen)</p>
<p>Leistung: Zur Leistung zählen insbesondere: 1) Funktionelle Behandlungstechniken</p>		

- 2) Handtherapie
- 3) Maßnahmen zur Förderung der Sinneswahrnehmung
- 4) Handlungsorientiertes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL–Selbsthilfetraining)
- 5) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen, auch mit Verfahren der virtuellen Realität (z. B. im Rahmen von Explorationstraining, funktionellen Behandlungstechniken, Selbsthilfetraining (ATL), Belastungstraining)
- 6) Handwerkliche, spielerische und gestalterische Behandlungstechniken
- 7) Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Schienen und zur Verfügung stehender Hilfsmittel (z. B. Prothesen), mit Alltagshilfen, Training auch am PC und mit anderen Medien
- 8) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 9) Beratung zur Auswahl, Nutzung von Hilfsmitteln und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen
- 10) Adaptionen des Lebensumfeldes
- 11) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen und Umstellung von Handlungsrouninen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld
- 12) Abstimmung der Therapieziele und –leistungen mit anderen Leistungserbringenden bzw. relevanten Dritten

Therapieziele:

A) auf Schädigungsebene, insbesondere:

- 1) Wiederherstellung oder Besserung der Gelenkbeweglichkeit und Stabilität, einschließlich Gelenkschutz
- 2) Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik
- 3) Aufbau oder Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster
- 4) Wiederherstellung oder Besserung eines physiologischen Gangbildes
- 5) Wiederherstellung oder Besserung der Rumpf- und Extremitätenkontrolle
- 6) Wiederherstellung oder Besserung der Sensibilität, z. B. Temperatur-, Druck- oder Berührungsempfinden
- 7) Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen
- 8) Narbenabhärtung
- 9) Förderung der Durchblutung
- 10) Schmerzlinderung oder Minderung schmerzbedingter Reaktionen

B) auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, insbesondere:

- 1) Wiederherstellung und Erhalt zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z. B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung)
- 2) Wiederherstellung und Erhalt der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen)
- 3) Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln)
- 4) Entwicklung/Verbesserung der Krankheitsbewältigung (z. B. Umgang mit den Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit)
- 5) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfeldes
- 6) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags
- 7) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags in palliativen Lebenssituationen

Besonderheiten:

2. Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Definition:

Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der sensomotorischen und/oder perzeptiven Funktionen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren.

Sie ist ein komplexes Therapieverfahren mit häufig mehreren Therapiezielen.

Thermotherapie kann die sensomotorisch-perzeptive Behandlung unterstützen.

Eine Gruppentherapie (3 – 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten über entsprechende soziale, kognitive und motorische Grundkompetenzen verfügen. Zum Einsatz kommt die Gruppentherapie insbesondere dann, wenn neben den oben genannten Schädigungen auch Schädigungen psychosozialer und emotionaler Funktionen vorliegen, die eine Gruppentherapie medizinisch notwendig machen.

Bei Verordnung von Gruppentherapie ist es notwendig, vorab die ergotherapeutische Diagnostik (s.o.) in einer Einzelbehandlung durchzuführen. Dabei wird auch die Gruppenfähigkeit der Patientin oder des Patienten abgeklärt sowie die Zuordnung zu einer geeigneten Gruppe vorgenommen. Nach bereits erfolgter Einzeltherapie werden Gruppentherapien ohne nochmalige ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt.

Heilmittelpositionsnummer:

- 54103 Einzelbehandlung
- 54108 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54206 Parallelbehandlung bei verordneter Position 54103 oder 54210 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten
- 54210 Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten)

Regelleistungszeit:

- 54103 60 Minuten bei Einzelbehandlung
- 54108 120 Minuten bei Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54206 60 Minuten bei Parallelbehandlung
- 54210 60 Minuten bei Gruppenbehandlung

Therapiezeit:

Bei 54103: 45 Minuten

Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:

15 Minuten je Behandlungseinheit

Bei 54108: 105 Minuten		
Bei 54206: 45 Minuten		
Bei 54210: 45 Minuten		
Indikation:		
Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
SB2 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen) SB3 System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen/ sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen) EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn), Entwicklungsstörungen EN2 ZNS-Erkrankungen (Rückenmark), Neuromuskuläre Erkrankungen EN3 Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale	1) der Funktionen der Muskeln und der Bewegung (z. B. willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungsreaktionen, Rechts-Links-Koordination, Auge-Hand-Koordination, Bewegungsmuster, Kraft, Tonus) 2) der propriozeptiven Funktionen 3) der vestibulären Funktionen 4) der mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundenen Empfindungen, z. B. Schwindel 5) der Funktion der Wahrnehmung (z. B. auditiv, taktil, räumlich-visuell, sensorische Integration) 6) der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize (z. B. Temperatur-, Vibrations-, Druck- und Berührungsempfinden oder Wahrnehmung schädlicher Reize)	Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie: 1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung 2) im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen 3) im Bereich der Selbstversorgung 4) im Bereich der Mobilität/Bewegung/Beweglichkeit/Geschicklichkeit im Alltag (z. B. sich fortbewegen – mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel, Dinge greifen, heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch) 5) im Bereich der Interaktion und Kommunikation 6) im Bereich des Verhaltens 7) im Bereich des häuslichen Lebens 8) im Bereich der allgemeinen und besonderen

<p>Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p>	<p>7) der Funktion des Tas- tens 8) der Selbstwahrneh- mung und des Körper- schemas 9) der Durchführung komplexer Bewe- gungshandlungen 10) der psychomotorischen Funktionen (psycho- motorische Kontrolle und Qualität der psychomotorischen Funktionen) 11) der Funktionen des Se- hens und das Ge- sichtsfeld 12) spezifischer mentaler Funktionen wie Ge- dächtnis, Aufmerksam- keit 13) der Funktionen der Nahrungsaufnahme (Kauen, Schlucken usw.) 14) der emotionalen Funk- tionen</p>	<p>interpersonellen Beziehungen</p>
--	---	---

Leistung:

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Handlungsorientiertes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-/
Selbsthilfetraining) sowie der dazu benötigten Fertigkeiten und
Körperfunktionen – je nach Bedarf in therapeutischen, alltagsnahen oder
Alltagssituationen oder mit digitalen Verfahren auch der virtuellen Realität
- 2) Feinmotoriktraining, Grafomotorisches Training
- 3) Mund- und Esstherapie
- 4) Interventionen zur Restitution/Verbesserung alltagsrelevanter
Körperfunktionen und Fertigkeiten, z. B. Sensibilitätstraining,
Explorationstraining, wahrnehmungsfördernde Behandlungsmethoden,

Sensorische Integrationstherapie, Therapie auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. nach Bobath), funktionelle Behandlungstechniken, Spiegeltherapie, isoliertes sensomotorisches Üben, repetitives (aufgabenorientiertes) Üben, Bewegungsvorstellung/Imagination, Bewegungsbeobachtung, patientenzentrierte und alltagsnahe Behandlungstechniken

- 5) Stimulation, Stabilisierung und Differenzierung der basalen, sensomotorischen Fähigkeiten
- 6) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen (z. B. zum Ausgleich von Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldeinschränkungen/Neglect, von Wahrnehmungsstörungen, von Hemiparese usw.)
- 7) Achtsamkeitstraining, Entspannungstechniken
- 8) Verhaltenstherapeutische Techniken
- 9) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen und Umstellung von Handlungsrouninen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen
- 10) Beratung zur Auswahl, Nutzung von Hilfsmitteln und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen
- 11) Adaptionen des Lebensumfelds
- 12) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Leistungserbringenden bzw. relevanten Dritten

Therapieziele:

A) auf Schädigungsebene, insbesondere:

- 1) Stabilisierung/oder Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden
 - Propriozeption
 - Vibrationsempfinden
 - Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung)
 - Wahrnehmung schädlicher Reize
 - Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- 2) Entwicklung oder Besserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas
- 3) Entwicklung oder Besserung der Gleichgewichtsfunktion und der Haltung
- 4) Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. Grob-, Feinmotorik und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik
- 5) Besserung der Kognition
- 6) bessere Steuerung emotionaler Funktionen

B) auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, insbesondere:

- 1) Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt
 - von Aktivitäten zum Lernen und zur Wissensanwendung (z. B. Prophylaxe wahrnehmungs- und sensibilitätsbedingter Störungen komplexer Handlungen)
 - zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z. B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung)
 - der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen)
 - der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln)
 - zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten
- 2) Erlernen von Kompensationsstrategien
- 3) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenzen im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds
- 4) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Umgang mit Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit
- 5) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags
- 6) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags in palliativen Lebenssituationen

Besonderheiten:

3. Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung

Definition:

Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der mentalen Funktionen, insbesondere der kognitiven Schädigungen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren.

Das neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Hirnleistungstraining als Einzeltherapie zeichnet sich dadurch aus, dass Schädigungen der mentalen Funktionen so spezifisch wie möglich trainiert werden, d. h. ohne andere und/oder komplexe Hirnleistungen zu beanspruchen.

Im Gegensatz dazu werden beim Hirnleistungstraining als Gruppentherapie (3 – 6 Patienten) komplexe, kognitive Funktionen gerade unter gruppendynamischen Aspekten besonders trainiert. Eine Gruppentherapie kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigen.

Bei Verordnung von Gruppentherapie ist es notwendig, vorab die ergotherapeutische Diagnostik (s.o.) in einer Einzelbehandlung durchzuführen. Dabei wird auch die Gruppenfähigkeit der Patientin oder des Patienten abgeklärt sowie die Zuordnung zu einer geeigneten Gruppe vorgenommen. Nach bereits erfolgter Einzeltherapie werden Gruppentherapien ohne nochmalige ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt.

Heilmittelpositionsnummer:

- 54104 Einzelbehandlung
- 54112 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54207 Parallelbehandlung bei verordneter Position 54104 oder 54211 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten
- 54211 Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten)

Regelleistungszeit:

- Bei 54104 45 Minuten bei Einzelbehandlung
- Bei 54112 120 Minuten bei Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- Bei 54207 45 Minuten bei Parallelbehandlung
- Bei 54211 60 Minuten bei Gruppenbehandlung

Therapiezeit:		Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:	
Bei 54104: 30 Minuten Bei 54112: 105 Minuten Bei 54207: 30 Minuten Bei 54211: 45 Minuten		Die Vor- und Nachbereitung, Dokumentation kann patientenindividuell mindestens 5 Minuten, maximal 15 Minuten betragen. 15 Minuten je Behandlungseinheit bei Gruppenbehandlung	
Indikation:			
Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe	
EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn) Entwicklungsstörungen PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend PS3 wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen PS 4 Dementielle Syndrome	1) der globalen mentalen Funktionen, z. B. der Orientierung 2) der spezifischen mentalen Funktionen, z. B. a) der Aufmerksamkeit b) des Gedächtnisses c) der Wahrnehmung, visuell, auditiv, räumlich-visuell und visuell-konstruktiv (mit und ohne Neglect) d) des Denkens (z. B. Denktempo, Form und Inhalt des Denkens) 3) der höheren kognitiven Funktionen, z. B. a) des Abstraktionsvermögens b) des Organisierens und Planens c) des Zeitmanagements	Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie: 1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung, etwa: a) des Zuschauens, Zuhörens und anderer bewusster sinnlicher Wahrnehmung b) der Konzentration im Alltag (z. B. Aufmerksamkeit fokussieren) c) des Merkens von Dingen im Alltag d) des Denkens im Alltag e) des elementaren Lernens f) beim Lösen von Problemen und Treffen von Entscheidungen	

	<ul style="list-style-type: none"> d) der kognitiven Flexibilität e) des Einsichts-, Urteils- und/oder Problemlösevermögens f) kognitiv-sprachlicher Funktionen g) das Rechnen betreffende Funktionen h) der Selbst- und Zeitwahrnehmung 4) der kognitiven Ausdauer und Belastbarkeit 5) der Seh- und verwandten Funktionen, z. B. das Gesichtsfeld betreffend 	<ul style="list-style-type: none"> 2) im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, etwa <ul style="list-style-type: none"> a) der Übernahme von Einzel- oder Mehrfachaufgaben b) der Durchführung der täglichen Routine c) des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen 3) in anderen individuell wichtigen Lebensbereichen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> a) der Mobilität/ im Alltag, z. B. sich fortbewegen (mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel), b) Dinge transportieren, Auto fahren, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel c) der Kommunikation d) der Selbstversorgung e) des häuslichen Lebens f) Interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
<p>Leistung: Zur Leistung zählen insbesondere:</p>		

- 1) Hirnleistungstraining mit Realitäts- oder Biographiebezug, individuell adaptierten Therapieprogrammen, u.a. am PC
- 2) Neuropsychologisch orientiertes Hirnleistungstraining, einschließlich spezifischem und selektivem Training einzelner beeinträchtigter Funktionen (z. B. Gesichtsfeldtraining)
- 3) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen (z. B. Straßenverkehr, Sach- und Geldgeschäfte), mit Programmen der virtuellen Realität oder durch alltagsbezogene Übungen (z. B. Rollenspiele, Ausfüllen von Formularen)
- 4) Alltagsorientiertes Training (AOT)
- 5) Patientenzentrierte und alltagsnahe Behandlungstechniken/Methoden
- 6) Handlungsorientiertes Training der kommunikativen Fähigkeiten, auch am PC
- 7) Training sozialer Interaktion/interaktiver Umgangsformen (z. B. mit Hilfe von Projektgruppen, Rollen- und Regelspiele)
- 8) Training zur Verbesserung des Lernverhaltens und der Grundarbeitsfähigkeiten
- 9) Training, Beratung und Schulung im alltagsbezogenen Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen
- 10) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 11) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen
- 12) Adaptionen des Lebensumfelds
- 13) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Leistungserbringenden bzw. relevanten Dritten

Therapieziele:

A) auf Schädigungsebene, insbesondere:

- 1) Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen, insbesondere
 - der Orientierung zu Zeit, Ort, Person
 - der Intelligenz
- 2) Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen, insbesondere
 - der Aufmerksamkeit
 - des Gedächtnisses
 - der Wahrnehmung (z. B. visuell, auditiv, räumlich-visuell)
 - des Denkens
 - der höheren kognitiven Funktionen wie des Abstraktionsvermögens, der Handlungsplanung, des Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögens

B) auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, insbesondere:

- 1) Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von
 - der zur Alltagsbewältigung benötigten kognitiven Fähigkeiten
 - von Handlungskompetenz zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
 - kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
 - der Mobilität im Alltag, auch mit Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln
 - der eigenständigen Selbstversorgung
- 2) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Adaptionen des Lebensumfelds
- 3) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit
- 4) selbstbestimmte Lebensgestaltung
- 5) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds
- 6) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags
- 7) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags in palliativen Lebenssituationen

Besonderheiten:

4. Psychisch-funktionelle Behandlung

Definition:

Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren.

Eine Gruppentherapie (3 – 6 Patienten) kann nur dann erfolgen, wenn die Patienten über entsprechende soziale und mentale Grundkompetenzen verfügen. Zum Einsatz kommt die Gruppentherapie insbesondere dann, wenn die individuelle Problematik der Patienten die Nutzung von gruppenspezifischen Prozessen und stützenden Funktionen der Gruppe erfordert.

Bei Verordnung von Gruppentherapie ist es notwendig, vorab die ergotherapeutische Diagnostik (s.o.) in einer Einzelbehandlung durchzuführen. Dabei wird auch die Gruppenfähigkeit der Patientin oder des Patienten abgeklärt sowie die Zuordnung zu einer geeigneten Gruppe vorgenommen. Nach bereits erfolgter Einzeltherapie werden Gruppentherapien ohne nochmalige ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt.

Heilmittelpositionsnummer:

- 54105 Einzelbehandlung
- 54109 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- 54208 Parallelbehandlung bei verordneter Position 54105 oder 54212 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten
- 54212 Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten)

Regelleistungszeit:

- Bei 54105 75 Minuten bei Einzelbehandlung
- Bei 54109 120 Minuten bei Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld
- Bei 54208 75 Minuten bei Parallelbehandlung
- Bei 54212 105 Minuten bei Gruppenbehandlung

Therapiezeit:

- Bei 54105: 60 Minuten
- Bei 54109: 105 Minuten
- Bei 54208: 60 Minuten
- Bei 54212: 90 Minuten

Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:

15 Minuten je Behandlungseinheit

Indikation:		
Diagnosegruppen	Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie	Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
<p>EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn) Entwicklungsstörungen</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/ Neuromuskuläre Erkrankungen</p> <p>PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p> <p>PS2 Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen</p> <p>PS3 Wahnhafte und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>PS4 Dementielle Syndrome</p>	<p>1) der globalen mentalen Funktionen, z. B.</p> <p>a) des Bewusstseins</p> <p>b) der Orientierung zu Zeit, Ort und Person, der Selbst- und der Zeitwahrnehmung</p> <p>c) der Intelligenz</p> <p>d) von Temperament und Persönlichkeit (z. B. psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Optimismus)</p> <p>e) der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Impulskontrolle, Drang nach Suchtmitteln)</p> <p>f) des Schlafes</p> <p>2) der spezifischen mentalen Funktionen, z. B.</p> <p>a) der Aufmerksamkeit und/oder des Gedächtnisses</p> <p>b) psychomotorischer Funktionen (Tempo, Kontrolle und Qualität)</p> <p>c) emotionaler Funktionen (z. B. Affektkontrolle,</p>	<p>Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie:</p> <p>1) im Bereich Lernen und Wissensanwendung, etwa bewusste sinnliche Wahrnehmungen wie z. B. Zuschauen/-hören</p> <p>2) elementares Lernen (Kognition) wie z. B. sich Fertigkeiten aneignen</p> <p>3) Wissensanwendung wie z. B. Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen</p> <p>4) im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, etwa Einzel-/ Mehrfachaufgaben übernehmen</p> <p>5) die tägliche Routine durchführen</p> <p>6) mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</p> <p>7) im Bereich der Kommunikation (etwa Konversation, Diskussion, Anwendung von</p>

	<p>Spannweite von Emotionen)</p> <p>d) der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung</p> <p>e) des Denkens (z. B. Denktempo, Inhalt des Denkens)</p> <p>f) höherer kognitiver Funktionen (z. B. exekutive Funktionen, kognitive Flexibilität, Einsichts- und Urteilsvermögen, Problemlösevermögen, Realitätsbewusstsein und Selbsteinschätzung)</p> <p>g) kognitiv-sprachlicher Funktionen</p> <p>h) das Rechnen betreffende Funktionen</p> <p>i) der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen</p>	<p>Kommunikationshilfen)</p> <p>8) im Bereich der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (etwa Umgang mit Kollegen, sozialen Regeln gemäß interagieren)</p> <p>9) im Bereich Selbstversorgung</p> <p>10) im Bereich des häuslichen Lebens</p>
--	---	---

Leistung:

Zur Leistung zählen insbesondere:

- 1) Handlungsorientiertes Training, Beratung und Schulung zur Durchführung von Aktivitäten individuell wichtiger Lebensbereiche (z. B. Lernen- und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Selbstversorgung, häusliches Leben sowie gesellschaftliches/soziales Leben), inkl. Belastungserprobung
- 2) Handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen mit Programmen der virtuellen Realität

- 3) Methoden zum Aufbau von Bewusstsein, bewussten Wahrnehmungen und der Orientierung sowie basaler kognitiver Leistungen (z. B. Basale Stimulation, Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT))
- 4) Methoden zur Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie)
- 5) Training, Beratung und Schulung der Tagesstrukturierung (z. B. physiologischer Schlaf-/Wachrhythmus), ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen
- 6) Training, Beratung und Schulung kommunikativen und interaktiven Verhaltens
- 7) Methoden zur Entwicklung/Verbesserung von Selbstsicherheit und Bewältigungsstrategien
- 8) Achtsamkeitstraining, Entspannungstechniken
- 9) Rollenspiel, Ausdruckstechniken, interaktive/interpersonelle Aktivitäten
- 10) Bewegungstherapeutische Angebote
- 11) Kognitive Trainingsprogramme
- 12) Verhaltenstherapeutische Techniken
- 13) Handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden
- 14) Erlernen von Kompensationsstrategien und des Umgangs mit externen Hilfen
- 15) Adaptionen des Lebensumfelds
- 16) Abstimmung der Therapieziele und -leistungen mit anderen Leistungserbringenden bzw. relevanten Dritten
- 17) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen
- 18) Training der Grundarbeitsfähigkeiten

Therapieziele:

A) auf Schädigungsebene, insbesondere:

- 1) Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen
 - des quantitativen und qualitativen Bewusstseins
 - der Orientierung zu Ort, Zeit und Person
 - der Intelligenz (z. B. bei Demenz)
 - globaler psychosozialer Funktionen (z. B. bei Autismus)
 - der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes
- 2) Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - der Aufmerksamkeit
 - des Gedächtnisses
 - der Psychomotorik (z. B. Tempo)
 - der Emotion (z. B. Affektkontrolle)
 - der Wahrnehmung (räumlich-visuell)
 - des Denkens (Denktempo, Inhalte)

- Höherer kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, des Einsichts- und Urteilsvermögens
- der Handlungsplanung
- der Selbst- und Zeitwahrnehmung

B) auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, insbesondere:

- 1) Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt
 - zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten
 - von Handlungskompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
 - kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
 - der eigenständigen Selbstversorgung
 - von Handlungskompetenz für Aktivitäten zur Gestaltung des gesellschaftlichen/sozialen Lebens
- 2) Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit
- 3) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel und Adaptionen des Lebensumfelds
- 4) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit
- 5) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags
- 6) Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Erleichterung von Aktivitäten des Alltags in palliativen Lebenssituationen

Besonderheiten:

5. Thermotherapie:

Definition: Die Thermotherapie ergänzt eine motorisch-funktionelle oder sensomotorisch-perzeptive Behandlung. Diese Therapien werden durch die Thermotherapie erleichtert, verbessert oder überhaupt erst möglich. Die Thermotherapie umfasst den Mehraufwand für die Herstellung und Anbringung von Wärme bzw. Kälte und wird im Rahmen der Therapiezeit der verordneten Maßnahme erbracht. Die Dokumentation erfolgt im Rahmen der Hauptleistung.
Heilmittelpositionsnummer: 54301 Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte)
Regelleistungszeit: - entfällt
Indikation: Schmerzen, erhöhter Muskeltonus bei den Diagnosegruppen SB1, SB2, EN1
Leistung: Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Anwendung intensiver Kälte oder Wärme
Therapieziele: Schmerzlinderung Normalisierung des Muskeltonus Verbesserung der Durchblutung Verbesserung von Beweglichkeit/Bewegungsausmaß
Besonderheiten: Nur abrechenbar in Verbindung mit Verordnungen von motorisch-funktioneller oder sensomotorisch-perzeptiver Behandlung.

6. Ergotherapeutische temporäre Schiene

<p>Definition: Diese ergotherapeutische Maßnahme ergänzt im Einzelfall die motorisch-funktionelle oder sensomotorisch-perzeptive Behandlung und dient der Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen (inkl. Redressionsverfahren) zur sachgerechten Lagerung, Fixation oder Korrektur von Extremitäten. Sie dient der Unterstützung physiologischer Funktionen und der Wiederherstellung alltagsrelevanter Fähigkeiten. Diese Maßnahme setzt eine genaue Kenntnis der Möglichkeiten und Einschränkungen der Patienten voraus.</p>		
<p>Heilmittelpositionsnummer: 54405 Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag bis ...€ (*) 54406 Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen nach Kostenvoranschlag ab ...€ (*)</p> <p>(*) die Kostenvoranschlagsgrenze regelt die Vergütungsvereinbarung</p>		
<p>Regelleistungszeit: Der Zeitaufwand richtet sich nach der Größe und Art der für die Patienten herzustellenden Schiene. Der Zeitaufwand für die Herstellung ist bei der Kalkulation der Schiene zu berücksichtigen.</p>		
<p>Therapiezeit: - nach Aufwand</p>		<p>Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: Dokumentation im Rahmen der Hauptleistung</p>
<p>Indikation:</p>		
	<p>Lagerungsschiene</p>	<p>Funktionsschiene</p>
<p>Diagnosegruppen</p>	<p>Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie</p>	<p>Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe</p>
<p>SB1 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) SB 2 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten</p>	<p>1) Schmerzen 2) der Beweglichkeit und Stabilität von Gelenken und Knochen 3) von Muskeltonus, -kraft oder -ausdauer, z. B. (drohende) Kontrakturen</p>	<p>1) der Mobilität im Alltag, z. B. sich fortbewegen (mit/ohne Hilfs-/Verkehrsmittel) 2) Dinge greifen, heben, tragen, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch</p>

<p>(mit motorisch-funktionellen und sensomotorisch perzeptiven Schädigungen)</p> <p>SB3 System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen/sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen)</p> <p>EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn), Entwicklungsstörungen</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/Neuromuskuläre Erkrankungen</p> <p>EN3 Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen</p>	<p>4) der Kontrolle willkürlicher und/oder unwillkürlicher Bewegungen</p> <p>5) von Hautfunktionen, z. B. Narbenzüge, Schwellungen, Reizungen oder Entzündungen</p>	
<p>Leistung: Herstellung und individuelle Einzelanpassung von Lagerungsschienen, statischen oder dynamischen Funktionsschienen sowie redressierenden Gipsen/Schienen.</p>		
<p>Therapieziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ruhigstellung/Entlastung, Gelenkschutz 2) Kontrakturprophylaxe 3) Stabilisierung/Aufbau des Bewegungsausmaßes (aktiv/passiv) 4) Schmerzreduktion 5) Unterstützung physiologischer Funktionen (z. B. Kontrolle willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungen) 6) Erhalt/Stabilisierung/Aufbau motorischer Fertigkeiten, z. B. des Arm- und Handgebrauchs 		
<p>Besonderheiten: Sind zu den ergotherapeutischen Heilmitteln „Motorisch-funktionelle Behandlung“ und „Sensomotorisch-perzeptive Behandlung“ ergänzend temporäre</p>		

ergotherapeutische Schienen zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung notwendig, sind diese gem. Heilmittelkatalog von der oder dem Verordnenden auf dem Vordruck Muster 13 zu verordnen.

Für die Anfertigung und Abrechnung einer Schiene ist bei Verordnung des ergotherapeutischen Heilmittels „Motorisch-funktionelle Behandlung“ oder „Sensomotorisch-perzeptive Behandlung“ die ergänzende Angabe „... mit ergotherapeutischer Schiene“ ausreichend.

Andere verordnete Leistungen sind mit diesen Positionsnummern (54405, 54406) nicht verrechenbar.

Kann die Schiene nicht unterhalb der jeweiligen Kostenvoranschlagsgrenze hergestellt werden (Abrechnung der Pos.-Nr. 54406), so ist der Krankenkasse der oder des Patienten ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung vorzulegen. Über den Antrag soll die Krankenkasse unverzüglich entscheiden, es gilt § 13 Absatz 3a SGB V entsprechend.

Bei der Verordnung mehrerer Schienen (z. B. für die linke und rechte Hand oder für Tag- und Nachtgebrauch) gilt die Kostenvoranschlagsgrenze je Schiene für das Einreichen eines Kostenvoranschlags zur Genehmigung.

7. Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs

Definition: Die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs bildet, auf Grundlage der Verordnung, die Voraussetzung die individuellen Therapieziele zu definieren und den Therapieplan zu erstellen.	
Heilmittelpositionsnummer: 54002 Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	
Regelleistungszeit:	
Therapiezeit:	Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:
Indikation: Kommt bei Verordnungen aller Maßnahmen der Ergotherapie zu Beginn der Therapie in Betracht.	
Leistung: <ul style="list-style-type: none">- Bewertung der patientenbezogenen Unterlagen- Erhebung der ergotherapeutischen Anamnese- Prüfung der Verwendbarkeit vorhandener Hilfsmittel- Prüfung der Notwendigkeit ergotherapeutischer Schienen- Auswahl der Assessmentmethoden und -materialien (z. B. Tests) zur ergotherapeutischen Diagnostik (s.o.)- Erstgespräch mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. auch mit Angehörigen oder relevanten Bezugspersonen über die individuellen Therapieziele und den Therapieplan- Ggf. Abstimmung mit anderen Leistungserbringenden	
Besonderheiten: Diese Position ist je Verordnungsfall bei Therapiebeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte Verordnung abrechenbar. Wenn die Patientin oder der Patient innerhalb eines Verordnungsfalls die Praxis wechselt, kann diese Position ebenfalls einmal zusätzlich ohne gesonderte Verordnung abgerechnet werden. Sofern bekannt soll das Wort Praxiswechsel auf der Verordnung vermerkt werden. Die Abrechnung erfolgt auch in diesen Fällen ohne besondere Dokumentation.	

8. Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

Definition: Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erfolgt als ergotherapeutische Einzeltherapie im häuslichen bzw. sozialen Umfeld.	
Heilmittelpositionsnummer: 54107 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld 54108 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld 54112 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld 54109 Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld 59932 Mehraufwand für die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	
Regelleistungszeit:	
Therapiezeit:	Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:
Indikation: <ul style="list-style-type: none">- Diese Maßnahme kann je nach Art und Schwere der funktionellen und strukturellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe der Patientin oder des Patienten ergänzend zu einer ergotherapeutischen Behandlung erfolgen, wenn sich aus der ergotherapeutischen Diagnostik und dem Therapieverlauf Schwierigkeiten bei der Umsetzung im häuslichen/sozialen Umfeld ergeben, die eine Beratung erforderlich machen.- Kann bei Verordnungen von Maßnahmen der Ergotherapie (Nr. 1-4) in Betracht kommen.	
Leistung: <ul style="list-style-type: none">- Analyse des häuslichen und sozialen Umfeldes der Patientin oder des Patienten, insbesondere Erfassung von als Barrieren wirkende Kontextfaktoren- Beratung und ggf. die Erstellung von Empfehlungen für eine aus medizinischer Sicht notwendige Adaptation des Umfeldes an die vorhandenen Beeinträchtigungen und relevanten, insbesondere als Barrieren wirkende Kontextfaktoren der Patientin oder des Patienten	

- Therapeutische Empfehlungen sind der Patientin oder dem Patienten, der oder dem Verordnenden und auf Wunsch auch dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen

Therapieziele, insbesondere:

- Sicherstellung der Therapieergebnisse
- Ermöglichung des Transfers der in der laufenden Therapie der Patientin oder des Patienten erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag
- Erhalt oder Wiedererlangung alltagsrelevanter Aktivitäten, insbesondere der Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung

Besonderheiten:

Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.

Bei progredienten und schweren chronischen Erkrankungen (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf) kann die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld abhängig vom Erkrankungsverlauf zusätzlich einmal pro Quartal erbracht werden.

Die Position 59932 ist nur in Kombination mit den Positionsnummern 54107, 54108, 54109, 54112 abrechnungsfähig. Sofern die ergotherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch verordnet wurde, kann die Position 59932 nicht abgerechnet werden.

Anlage 2¹
Vergütungsvereinbarung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung

¹ Die Anlage 2 ist gemäß des Schiedsspruchs 4 HE 14-21 vom 15.12.2021 festgesetzt.

A. Vergütungsliste nach § 125 Absatz 1 SGB V

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":
Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V: 26 00 501 = Ergotherapie
Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 5 SGB V: 27 00 531 = Krankenhaus 28 00 531 = Kurbetrieb 29 00 531 = Sonstige therapeutische Heilperson
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!
Heilmittelpositionsnummern:
Abhängig vom Status des Leistungserbringers ist das X an der ersten Stelle der Heilmittelpositionsnummern wie folgt zu ersetzen:
5.... Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V 6/8.... Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 5 SGB V
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!

Für Behandlungen, die ab dem 01.01.2022 erbracht werden, sind folgende Preise abzurechnen. Diese Preisliste gilt für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis 30.09.2022:

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Preis in Euro	Zuzahlung in Euro
X4002	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (Diese Position ist je Verordnungsfall bei Therapiebeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte Verordnung abrechenbar)	32,49	3,25
X4102	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)	43,56	4,36
X4103	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	58,64	5,86
X4104	Ergoth. Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon mind. 30 Minuten Therapiezeit)	48,28	4,83

X4105	<p>Psychisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 75 Minuten, davon 60 Minuten Therapiezeit)</p>	73,41	7,34
X4107	<p>Motorisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit) Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	130,69	13,07
X4108	<p>Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit) Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	175,93	17,59
X4109	<p>Psychisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit) Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	146,82	14,68

<p>X4112</p>	<p>Ergoth. Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld</p> <p>(Regelleistungszeit 120 Minuten, davon mind. 105 Minuten Therapiezeit)</p> <p>Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	<p>146,82</p>	<p>14,68</p>
<p>X4205</p>	<p>Motorisch–funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4102 oder X4209 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)</p>	<p>34,58</p>	<p>3,46</p>
<p>X4206</p>	<p>Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4103 oder X4210 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)</p>	<p>46,91</p>	<p>4,69</p>
<p>X4207</p>	<p>Ergoth. Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4104 oder X4211 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 45 Minuten, davon mind. 30 Minuten Therapiezeit)</p>	<p>37,98</p>	<p>3,80</p>
<p>X4208</p>	<p>Psychisch–funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4105 oder X4212 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 75 Minuten, davon 60 Minuten Therapiezeit)</p>	<p>58,08</p>	<p>5,81</p>

X4209	Motorisch–funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)	15,88	1,59
X4210	Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	20,54	2,05
X4211	Ergoth. Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	20,54	2,05
X4212	Psychisch–funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 105 Minuten, davon 90 Minuten Therapiezeit)	37,88	3,79
X4301	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte)	6,67	0,67
X4405	Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag bis 200,00 €²		
X4406	Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen nach Kostenvoranschlag ab 200,01 €³		
X9701	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Verordnende oder den Verordnenden	0,94	

2 Der Genehmigungsschwellenwert für die ergotherapeutische temporäre Schiene ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

3 Der Genehmigungsschwellenwert für die ergotherapeutische temporäre Schiene ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

X9932	<p>Mehraufwand für die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld</p> <p>Eine Abrechnung ist nur in Kombination mit den Positionsnummern X4107, X4108, X4109, X4112 möglich. Sofern die ergotherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch verordnet wurde, kann die Position X9932 nicht abgerechnet werden.</p>	19,87	1,99
X9933	<p>Hausbesuch inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)</p> <p>Die Position X9933 kann je Versicherte oder je Versicherten nur einmal je Tag in Ansatz gebracht werden.</p>	19,87	1,99
X9934	<p>Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)</p> <p>Die Position X9934 ist auch beim Besuch nur einer einzelnen Person abzurechnen. Der Begriff „soziale Einrichtung“ in der Beschreibung zu Position X9934 bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Personen oder von Personen mit Behinderung dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Einrichtungen für die Kurzzeit- und Tagespflege. Weiter sind dies Wohnformen, die auf die medizinische, soziale und therapeutische Betreuung schwerkranker und/oder älterer und/oder pflegebedürftiger Personen ausgelegt sind, dazu gehören u.a. auch Hospize, Unterkünfte für Ordensschwwestern.</p>	12,96	1,30

Für Behandlungen, die ab dem 01.10.2022 erbracht werden, sind die folgende Preise abzurechnen.

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Preis in Euro	Zuzahlung in Euro
X4002	<p>Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (Diese Position ist je Verordnungsfall bei Therapiebeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte Verordnung abrechenbar)</p>	30,79	3,08
X4102	<p>Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung</p>	41,28	4,13

	(Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)		
X4103	Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	55,57	5,56
X4104	Ergoth. Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon mind. 30 Minuten Therapiezeit)	45,75	4,57
X4105	Psychisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 75 Minuten, davon 60 Minuten Therapiezeit)	69,56	6,96
X4107	Motorisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit) Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.	123,84	12,38
X4108	Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit) Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese	166,71	16,67

	Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.		
X4109	<p>Psychisch–funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld</p> <p>(Regelleistungszeit 120 Minuten, davon 105 Minuten Therapiezeit)</p> <p>Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	139,13	13,91
X4112	<p>Ergoth. Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld</p> <p>(Regelleistungszeit 120 Minuten, davon mind. 105 Minuten Therapiezeit)</p> <p>Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld kann einmal pro Verordnungsfall oder orientierender Behandlungsmenge als Einzeltherapie erbracht werden und erfordert keine gesonderte Verordnung. Diese Leistungsposition ist in der Anzahl der verordneten Therapien enthalten.</p>	139,13	13,91
X4205	<p>Motorisch–funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4102 oder X4209 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)</p>	32,77	3,28
X4206	<p>Sensomotorisch–perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4103 oder X4210 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten</p> <p>(Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)</p>	44,46	4,45

X4207	Ergoth. Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4104 oder X4211 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon mind. 30 Minuten Therapiezeit)	35,99	3,60
X4208	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4105 oder X4212 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten (Regelleistungszeit 75 Minuten, davon 60 Minuten Therapiezeit)	55,04	5,50
X4209	Motorisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 45 Minuten, davon 30 Minuten Therapiezeit)	15,05	1,51
X4210	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	19,47	1,95
X4211	Ergoth. Hirnleistungstraining: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon 45 Minuten Therapiezeit)	19,47	1,95
X4212	Psychisch-funktionelle Behandlung: Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) (Regelleistungszeit 105 Minuten, davon 90 Minuten Therapiezeit)	35,89	3,59
X4301	Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte)	6,32	0,63

X4405	Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag bis 200,00 €⁴		
X4406	Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporärer Schienen nach Kostenvoranschlag ab 200,01 €⁵		
X9701	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Verordnende oder den Verordnenden	0,89	
X9932	Mehraufwand für die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld Eine Abrechnung ist nur in Kombination mit den Positionsnummern X4107, X4108, X4109, X4112 möglich. Sofern die ergotherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch verordnet wurde, kann die Position X9932 nicht abgerechnet werden.	18,83	1,88
X9933	Hausbesuch inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale) Die Position X9933 kann je Versicherte oder je Versicherten nur einmal je Tag in Ansatz gebracht werden.	18,83	1,88
X9934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale) Die Position X9934 ist auch beim Besuch nur einer einzelnen Person abzurechnen. Der Begriff „soziale Einrichtung“ in der Beschreibung zu Position X9934 bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Personen oder von Personen mit Behinderung dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Einrichtungen für die Kurzzeit- und Tagespflege. Weiter sind dies Wohnformen, die auf die medizinische, soziale und therapeutische Betreuung schwerkranker und/oder älterer und/oder pflegebedürftiger Personen ausgelegt sind, dazu	12,28	1,23

4 Der Genehmigungsschwellenwert für die ergotherapeutische temporäre Schiene ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

5 Der Genehmigungsschwellenwert für die ergotherapeutische temporäre Schiene ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

	gehören u.a. auch Hospize, Unterkünfte für Ordensschwestern.		
--	--	--	--

B. Abrechnung der Leistungen und Laufzeit der Vereinbarung

(1) Der Umfang der vergüteten Leistung besteht aus

- a) der Durchführung der Maßnahmen mit der oder dem Versicherten (Pos.-Nr. X4002 - X4301) (= Therapiezeit) und
- b) der Vor- und Nachbereitung (inkl. Dokumentation).

Beide Leistungsbestandteile werden zu einer „Regelleistungszeit“ zusammengefasst. Für diese „Regelleistungszeit“ wird eine Vergütung vereinbart.

Die in der Vergütungsliste angegebenen Preise gelten je behandelte Versicherte oder je behandelten Versicherten. An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) oder in der HeilM-RL beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden (vgl. Vertrag § 3 Absatz 9).

- (2) Mit den in der Vergütungsliste angegebenen Vergütungssätzen sind alle im Zusammenhang mit der vertraglich vereinbarten ergotherapeutischen Leistung erforderlichen Aufwendungen abgegolten (Endpreis). Die Mitteilung an die Verordnende oder den Verordnenden ist in den Vergütungssätzen der Preisliste bereits enthalten.
- (3) Auf die ergotherapeutische temporäre Schiene (X4405, X4406) und die Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Verordnende oder den Verordnenden (X9701) werden keine Zuzahlungen erhoben. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit. Die Mitteilung an die Verordnende oder den Verordnenden ist in den Vergütungssätzen der Preisliste bereits enthalten.
- (4) Die Aufwendungen für verordnete Hausbesuche werden in Form von Pauschalen vergütet. Für Hausbesuche im häuslichen Umfeld der oder des Versicherten kann die Gebührenposition X9933 abgerechnet werden. Bei Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft ist die Gebührenposition X9934 abrechnungsfähig.
- (5) Die Positionen X9933 und X9934 sind für eine Behandlung nicht zusammen abrechenbar und können je Versicherte oder je Versicherten nur einmal täglich in Ansatz gebracht werden. Sofern der Praxissitz der oder des zugelassenen

Leistungserbringenden und der Ort der Leistungserbringung identisch sind (z. B. innerhalb einer sozialen Einrichtung/einer Einrichtung des Betreuten Wohnens), ist ein Hausbesuch nicht abrechnungsfähig. Die Durchführung des Hausbesuches (HB) ist auf dem Ordnungsblatt unter Angabe des Datums der Ausführung, zusammen mit der durchgeführten Leistung von der oder dem Versicherten zu bestätigen.

- (6) Für den Mehraufwand für die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ist für den Hausbesuch die Gebührenposition X9932 abrechnungsfähig. Eine Abrechnung ist nur in Kombination mit den Positionsnummern X4107, X4108, X4109, X4112 möglich. Sofern die ergotherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch verordnet wurde, kann die Position X9932 nicht abgerechnet werden.
- (7) Die Vergütungssätze gelten für Behandlungen, die ab dem 01.01.2022 erbracht werden. Diese dürfen frühestens zum 15.02.2022 erstmals abgerechnet werden.
- (8) Diese Vergütungsliste tritt am 01.01.2022 in Kraft. Ihre Laufzeit ist nicht befristet und sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens jedoch zum 31.12.2022 schriftlich gekündigt werden. Diese Anlage kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.
- (9) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V.
- (10) Nach Kündigung dieser Anlage gelten die vereinbarten Preise fort, bis eine neue Anlage in Kraft tritt.

Anlage 3
Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung

1. Ziel der Anlage

- (1) Gemäß § 125 Absatz 2 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die „Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ für jeden Heilmittelbereich Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Diese sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen.
- (2) Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für Verordnende, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringende gleichermaßen verbindlich ist.
- (3) In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch die oder den Leistungserbringenden festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass medizinisch notwendige, von der oder dem Verordnenden verordnete und fachgerecht durchgeführte Behandlungen grundsätzlich zu vergüten sind.
- (5) Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Vertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

- (1) Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.
- (2) Fehlt die Kennzeichnung als „Entlassmanagement“, ist § 16a der HeilM-RL nicht anwendbar.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Verordnende o- der den Verordnenden

Therapien dürfen nach § 16 Absatz 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 13 Absatz 2 HeilM-RL enthalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der oder dem Verordnenden unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis r) dargestellt.

Eine Verordnung kann, z. B. im Rahmen eines Hausbesuchs der oder des Verordnenden, auch handschriftlich ausgefüllt sein.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

- (1) Ein Vergütungsanspruch der oder des zugelassenen Leistungserbringenden gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Ergotherapie auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 HeilM-RL ordnungsgemäßen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Ziffer 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben auf der Verordnung sind erforderlich. Nach §§ 2 Absatz 4, § 12 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V und Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die zugelassenen Leistungserbringenden im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen aus ihrer professionellen Sicht auf zumutbar erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu überprüfen.
- (2) Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Therapie aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:
 - Angaben im Personalienfeld laut Punkt 5. a),
 - Diagnose,
 - Konkretes Heilmittel,
 - Stempel und/oder Unterschrift der oder des Verordnenden.
- (3) In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die Verordnung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt oder korrigiert wird.
- (4) Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt

und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassen-
seitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.

- (5) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Verordnende oder den Verordnenden vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer oder eines Verordnenden bedürfen einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.
- (6) Eine Ergänzung und/oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen der oder dem Leistungserbringenden und der oder dem Verordnenden möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen. Es gilt § 19 des Vertrages entsprechend.
- (7) Bei Ergänzungen und/oder Korrekturen durch die oder den zugelassenen Leistungserbringenden ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der oder des Verordnenden sichtbar bleiben. Änderungen und/oder Ergänzungen durch die oder den zugelassenen Leistungserbringenden bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.
- (8) Korrekturen nach Einreichung zur Abrechnung an die Krankenkasse sind nicht möglich bzgl.
 - Angaben im Personalienfeld laut Punkt 5.a),
 - Diagnose (siehe Punkt k),
 - konkretes Heilmittel (siehe Punkt g),
 - Stempel und Unterschrift der oder des Verordnenden (siehe Punkt n),
 - Datumsangaben auf der Rückseite der Verordnung (siehe Punkt o).
- (9) Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren:

Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3 dieses Vertrages. Reicht die oder der Leistungserbringende die Korrektur/Ergänzung nicht fristgerecht innerhalb von 3 Monaten ein, bleibt die Absetzung

bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.¹

¹ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der neuen HeilM-RL ab 01.01.2021.

a) Personalienfeld

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

a2) Unfallfolgen/BVG

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD 10 - Code)

j) Diagnosegruppe

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h) ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

g2) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei
Zuzahlungspflicht
Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am

BVG
Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog a b c
patientenindividuelle Leitsymptomatik

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel
Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht
Hausbesuch ja nein
Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

a) Personalienfeld

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger						
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Unfall-folgen							
BVG	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid red;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid red;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid red;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid red;">Arzt-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid red;">Datum</td> </tr> </table>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zu der oder dem Verordnenden (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	Ist das Personalienfeld unvollständig ausgefüllt, kann die Therapie begonnen werden, wenn Versicherten-Name und -Vorname, Geburtsdatum, Kostenträger und Ausstellungsdatum eingetragen sind.

	<p>Fehlende Angaben können ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe ergänzt werden. Handschriftliche Änderungen des Kostenträgers (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden für die Abrechnung aus dem Stempel der oder des Verordnenden zu übernehmen, falls dort ersichtlich.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur oder zum Verordnenden eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes gibt die oder der behandelnde Verordnende an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.
Korrekturmöglichkeit	Der Status der Zuzahlungspflicht (Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für die oder den Leistungserbringenden bindend. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu prüfen. Entspricht die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der Versicherten oder des Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

a2) Unfallfolgen/ BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die oder der behandelnde Verordnende angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

b) Heilmittelbereich

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Ergotherapie)
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch gilt als verordnet, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, gilt der Hausbesuch als nicht verordnet.

Korrekturmöglichkeit	<p>Bei einer Verordnung kann eine Änderung auf „Ja“ ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Sollte die Notwendigkeit für Behandlungen im Hausbesuch erst während der laufenden Verordnung entstehen, kann die oder der Verordnende den Hausbesuch für die noch ausstehenden Einheiten ergänzen.</p> <p>Sollte die Hausbesuchsnotwendigkeit während der laufenden Behandlung zeitweilig oder ganz entfallen, ist eine Korrektur nicht notwendig. Die oder der Leistungserbringende rechnet nur die Hausbesuche ab, die auch tatsächlich durchgeführt wurden.</p>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein. ²

d) Therapiebericht



Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als von der oder dem Verordnenden angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die oder der Verordnende den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann die oder der Leistungserbringende das Kreuz bei Therapiebericht im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden nachträglich korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein. ³

² Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

³ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbedarf vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. Beim Entlassmanagement muss immer innerhalb von 7 Kalendertagen begonnen werden. Die §§ 6 und 7 im Vertrag sind entsprechend zu berücksichtigen.
Korrekturmöglichkeit	Wird der von der oder dem Verordnenden angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf darf ausschließlich von der oder dem Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Es gilt § 6 Absatz 4 entsprechend.
Korrekturzeitpunkt	Die Änderung muss vor Einreichung der Abrechnung mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe bestätigt werden. ⁴

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Anzahl der Behandlungseinheiten darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 Heilm-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht

⁴ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

	<p>überschreiten. Dies gilt auch bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel. Ist eine Doppelbehandlung verordnet worden, erhöht dies die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung sowie die von der oder dem Verordnenden angegebene Verordnungsmenge nicht.</p> <p>Bei Durchführung einer Doppelbehandlung werden je Termin 2 Einheiten von der oder dem Versicherten quittiert, so dass sich z. B. bei einer 10-er-Verordnung 5 Termine ergeben.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>a) Fehlt die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten, ist diese von der oder dem Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe zu ergänzen.</p> <p>b) Sofern auf der Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon nur nach Änderung mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe abgewichen werden.</p> <p>c) Sofern auf der Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann die oder der Leistungserbringende maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie nach der HeilM-RL zulässig sind. Bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel erfolgt die Reduktion im Verhältnis der ursprünglich verordneten Heilmittel. Die oder der Verordnende ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich. Weiterhin gilt § 7 Absatz 5 HeilM-RL.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>a) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.</p> <p>b) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.</p>

c) Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.⁵

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Es sind bis zu 3 verschiedene vorrangige Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.</p> <p>Die Heilmittel können Angaben zur Gruppenbehandlung oder Schienenversorgung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z. B. „Doppelbehandlung“ enthalten. Die Anzahl der Behandlungseinheiten gilt nicht für die ergotherapeutischen Schienen.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p><u>Heilmittel:</u> Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen.</p> <p><u>Doppelbehandlung:</u> Doppelbehandlungen können erbracht werden, wenn sie verordnet sind.</p> <p>Sofern die oder der Verordnende ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden abgewichen</p>

⁵ Die Regelungen zum Korrekturzeitpunkt sind gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Sofern keine ergänzenden Angaben zum Heilmittel gemacht wurden, können diese im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden ergänzt werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Einzel- und Gruppenbehandlung:

Eine Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie ist nach HeilM-RL im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich und von der oder dem Leistungserbringenden auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren.

Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist nach HeilM-RL möglich und von der oder dem Leistungserbringenden nach Information der oder des Verordnenden auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren und zu begründen.

Sofern es therapeutisch sinnvoll ist, abwechselnd Gruppen- und Einzeltherapie durchzuführen, ist dies nach Information an die Verordnende oder den Verordnenden zulässig. Die oder der Leistungserbringende dokumentiert dies auf der Verordnungsrückseite.

Korrekturzeitpunkt

Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Optional kann die oder der Verordnende hier nach den Maßgaben des Heilmittelkatalogs ein mögliches ergänzendes Heilmittel verordnen. In der Ergotherapie gibt es als ergänzendes Heilmittel nur die Thermotherapie.
Korrekturmöglichkeit	Ein ergänzendes Heilmittel kann mit einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe nachgetragen werden.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

i) Therapiefrequenz

Therapiefrequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Festlegung der Frequenz oder der Frequenzspanne der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert. Wird die Verordnungsmenge auf einer Verordnung auf mehrere vorrangige Heilmittel aufgeteilt, bezieht sich die Angabe der Therapiefrequenz auf die Behandlung insgesamt und nicht auf das einzelne Heilmittel. Unterschiedliche Frequenzen oder Frequenzspannen für die auf der Verordnung angegebenen vorrangigen Heilmittel sind nicht zulässig. Bei 2 oder 3 verordneten Heilmitteln bezieht sich die Frequenz auf alle Heilmittel zusammen. Bei Frequenz einmal pro Woche ist nur eines der verordneten Heilmittel pro Woche abzugeben.
Korrekturmöglichkeit	Ist auf der Verordnung keine Angabe zur Frequenz gemacht, ist die empfohlene Frequenzspanne des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden.

	<p>Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich und müssen durch die oder den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit Unterschrift und Datumsangabe vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. Dies gilt auch für Verordnungen gem. § 7 Absatz 6 Heilm-RL.</p>
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben. Die oder der Leistungserbringende prüft aus ihrer oder seiner professionellen Sicht die Richtigkeit.
Korrekturmöglichkeit	Die Diagnosegruppe kann nur durch die oder den Verordnende/n mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code anzugeben. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Die Reihenfolge der Diagnosen ist unbeachtlich.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapie relevant, ist diese mit einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

l) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik a b c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

gemäß Heilmittelkatalog

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden nachgetragen, ergänzt oder geändert werden.

Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.
--------------------	---

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit von der oder dem Verordnenden zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an die oder den Leistungserbringenden übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

n) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie von der oder dem Verordnenden unterschrieben und mit einem Stempel der oder des Verordnenden versehen ist.

Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Unterschrift und/oder des Stempels der oder des Verordnenden können ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

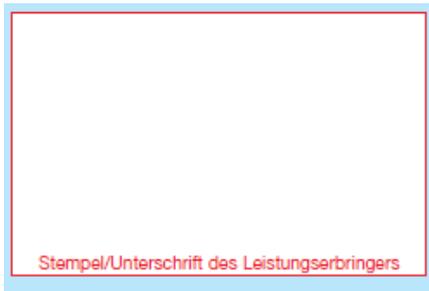
Empfangsbestätigung durch den Versicherten			
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben			
Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die abgegebene/n Leistung/en sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind von der oder dem Leistungserbringenden am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe unter Angabe des Datums in der ersten Zeile verständlich im Wortlaut einzutragen und im weiteren Verlauf als gängige Abkürzung oder Wiederholungszeichen zulässig und jeweils von der Versicherten oder vom Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen. ⁶ Es gilt § 5 des Vertrages.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen der Datumsangaben auf der Rückseite der Verordnung müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen der Unterschrift des Versicherten und der Leistung sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich. ⁷

⁶ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

⁷ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23–20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und ggf. Praxisstempel ist von der oder dem Leistungserbringenden die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.

**Anlage 4
Fortbildung**

**zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung**

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Leistungserbringenden in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden.

Die Fortbildungen sollen die Qualität

- der Therapie mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Therapieergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem genutzt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten.

Die Fortbildungsverpflichtung für die oder den zugelassenen Leistungserbringenden oder die fachliche Leitung umfasst 60 FP in einem Betrachtungszeitraum von 4 Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich.

Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 3.) ist nicht möglich.

Die oder der zugelassene Leistungserbringende ist verpflichtet, auf die notwendige Fortbildung aller Leistungserbringenden ihrer oder seiner Praxis zu achten.

Anerkannt werden auch Bescheinigungen ohne ausdrückliche Benennung der Fortbildungspunkte, gemäß Punkt 7.

3. Betrachtungszeitraum

Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 1. Januar 2022 für alle zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Leistungserbringenden bzw. tätigen fachlichen Leitungen. Der 4-jährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf die einzelne zur Fortbildung verpflichtete zugelassene Leistungserbringende oder den einzelnen zur Fortbildung verpflichteten zugelassenen Leistungserbringenden oder die fachliche Leitung.

Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachliche Leitung nach dem 1. Januar 2022 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit als fachliche Leitung.

Der Betrachtungszeitraum ist für Zeiten, in denen sich die oder der zur Fortbildung verpflichtete Leistungserbringende bzw. die fachliche Leitung in Mutterschutz, Eltern- oder Pflegezeit befindet, eine Arbeitsunfähigkeit von über 3 Monaten besteht, unterbrochen. Die Fortbildungspunkte sind in diesen Fällen für den verbleibenden Betrachtungszeitraum anteilig

zu ermitteln. Die oder der zur Fortbildung verpflichtete zugelassene Leistungserbringende bzw. die fachliche Leitung hat Zeiten der Unterbrechung nachzuweisen.

4. Inhaltliche Anforderungen an die Fortbildung

4.1 Die Fortbildung muss inhaltlich relevant für den Heilmittelbereich Ergotherapie sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn:

- aktuelle, möglichst evidenzbasierte Erkenntnisse der eigenen Disziplin bzw. aus angrenzenden Fachgebieten mit Bezug zum Heilmittelbereich Ergotherapie oder
- Informationen über aktuelle Inhalte der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 6 SGB V und dieses Vertrages oder
- aktuelle Diagnostik- oder Therapieverfahren vermittelt werden.

4.2 Je Betrachtungszeitraum können in Summe bis zu $\frac{1}{3}$ der notwendigen Fortbildungspunkte anerkannt werden für:

- Fachbezogene Kongresse und
- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation und
- Referenten-/Dozententätigkeiten

4.3 Bei erstmaliger Zulassung der oder des Leistungserbringenden oder erstmaliger Beschäftigung als fachliche Leitung werden Fortbildungen mit bis zu $\frac{1}{3}$ der notwendigen Fortbildungspunkte angerechnet, welche bis zu einem Jahr vorher durchgeführt wurden.

4.4 Diesen Anforderungen genügen insbesondere folgende Inhalte nicht:

- Selbststudium, auch in elektronischer Form (z. B. Webcasts oder Lernsoftware) ohne Interaktionsmöglichkeit und ohne Teilnahmenachweis
- IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Praxisinterne Fortbildungen, sofern es sich nicht um eine externe Dozentin oder einen externen Dozenten handelt
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder allgemeinen juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder -verbesserungen
- Fortbildungen zu nichtverordnungsfähigen Heilmitteln

5. Qualifikation der Dozierenden

Für Fortbildungen gelten folgende Anforderungen an den oder die Dozierende:

- abgeschlossene Ausbildung, die zum Führen der Berufsbezeichnung als Therapeutin oder Therapeut im Heilmittelbereich Ergotherapie berechtigt bzw. die in der Anlage Zulassungsvoraussetzungen aufgeführten personellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt werden und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besteht oder

- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich Ergotherapie oder in einem der o.g. Fachgebiete

6. Kommunikationsmedien

Für Fortbildungen, die mittels digitaler Kommunikationsmedien besucht werden (z. B. Webinar), gelten folgende zusätzliche Anforderungen:

- Registrierung der Teilnehmenden und Protokollierung der Teilnahme
- Möglichkeit zur direkten Interaktion mit den Dozierenden während der Fortbildung

7. Teilnahmebescheinigung

Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Mindestinhalte umfassen:

- Bezeichnung der Fortbildung/Thema der Veranstaltung
- Veranstaltungsort
- Name der oder des Teilnehmenden mit Geburtsdatum
- Kurzbeschreibung der maßgeblichen Fortbildungsinhalte
- Qualifikation der oder des Dozierenden
- Anzahl der Unterrichtseinheiten und ggf. Fortbildungspunkte
- Unterschrift der oder des Dozierenden
- Unterschrift, Name und Anschrift der oder des Veranstaltenden

8. Dokumentation

Für Fortbildungen gilt, dass der oder die Veranstaltende für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten führt. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 5 und 6) 60 Monate aufzubewahren.

9. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmenden mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

10. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch die oder den zugelassenen Leistungserbringenden auf Anforderung der Krankenkasse bzw. ihres Kassenartenverbandes nachzuweisen. Der Nachweis kann auch auf elektronischem Wege übermittelt werden.

Anlage 5
Zulassungsvoraussetzungen

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung

1. Berufliche Qualifikation

Zulassungsfähige Berufsgruppen:

Ausschließlich Angehörige der nachfolgenden Berufsgruppen, die gemäß Ergotherapeutengesetz in der jeweils gültigen Fassung zur Führung der Berufsbezeichnung „Ergotherapeutin“ oder „Ergotherapeut“ berechtigt sind, können zur Abgabe von Ergotherapie zugelassen werden:

- Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
- Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen der Ergotherapie.

2. Räumliche Mindestvoraussetzung

2.1 Eine ergotherapeutische Praxis braucht insgesamt mindestens eine Therapiefläche von 20 m².

2.2 Für jede Leistungserbringende oder jeden Leistungserbringenden ist ein Therapieraum von mindestens 12 m² erforderlich. Dies gilt nicht, wenn sich in den Praxisräumen die Therapiezeiten der Leistungserbringenden nicht überschneiden (vgl. auch § 4 Absatz 2 des Vertrages). Bei der Ermittlung der erforderlichen Räumlichkeiten bei gleichzeitig in der Praxis tätigen Leistungserbringenden ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses unerheblich.

2.3 Therapieräume dürfen keine Durchgangsräume sein, es sei denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die während der einzelnen Therapieeinheit nicht genutzt werden.

2.4 Alle Räume müssen angemessen be- und entlüftbar sein, beheizt und beleuchtet werden können und dürfen einen Richtwert von 2,40 m Deckenhöhe –lichte Höhe– nicht unterschreiten.

Zudem sind von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden die aktuelle Arbeitsstättenverordnung, sowie die jeweilige landesrechtliche Bauordnung zu beachten.

3. Ausstattung

3.1 Pflichtausstattung

3.1.1 Therapiematte oder –liege

3.1.2 Arbeitstisch, adaptierbar

3.1.3 Arbeitsstuhl, adaptierbar

- 3.1.4 Tisch für Handwerk
- 3.1.5 Spiegel
- 3.1.6 Therapeutisches Material für alle Altersstufen
- 3.1.7 Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Alltagshilfen
- 3.1.8 Therapiematerial für Wahrnehmungstraining
- 3.1.9 Psychomotorisches Übungsmaterial
- 3.1.10 Graphomotorisches Übungsmaterial
- 3.1.11 Werkzeug und Materialien für verschiedene Handwerkstechniken

3.2 Ausstattung für im Hausbesuch tätige Leistungserbringende

Leistungserbringende, die ergotherapeutische Leistungen im Rahmen eines Hausbesuches erbringen, führen entsprechend der individuellen Therapieinhalte und -ziele der oder des Versicherten das geeignete und notwendige Material mit sich.

3.3 Optionale Zusatzausstattung

- 3.3.1 Computerausstattung für therapeutischen Einsatz
- 3.3.2 Schienenmaterial nach Bedarf
- 3.3.3 Ausstattung zur Durchführung von Assessment- und Screeningverfahren

Anlage 6
Anerkennniserklärung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ergotherapie
und deren Vergütung

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

**Anerkenniserklärung nach § 124 Absatz 1 Nr. 3 und § 124 Absatz 6 Satz
1 SGB V**

Institutionskennzeichen:

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung der oder des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringenden:

.....

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen):

Praxissitz: Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon und Faxnummer der Praxis:

E-Mail der Praxis:

Hiermit erkenne ich den Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem BED und DVE und dem GKV-Spitzenverband über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung einschließlich aller Anlagen in der jeweils gültigen Fassung an. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages werden mir gegenüber ohne weitere Anerkenniserklärung verbindlich.

Ich verpflichte mich, den von mir eingesetzten Mitarbeitenden die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen bei der Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.

Informationen gemäß § 3 Absatz 4 über die von mir eingesetzten Leistungserbringenden sowie Angaben gemäß § 11 Absatz 11 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V füge ich bei.

..... Ort, Datum

..... Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers