

# **V e r t r a g**

zwischen

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

(im folgenden DVE genannt)

- einerseits -

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V., Frankfurter Straße 84,  
53721 Siegburg**

(im folgenden VdAK genannt)

- anderseits -

Datum des In-Kraft-Tretens des Vertrages: **01.10.2008**  
Siegburg, den

---

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.

Karlsbad, den

---

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Der Vertrag regelt:
  - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Mitgliedskassen des VdAK mit ergotherapeutischen Leistungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB V;
  - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.
2. Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 - 4:
  - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
  - b) Einrichtungs-Richtlinie (Anlage 2)
  - c) Vergütungslisten (Anlagen 3 a und 3 b)
  - d) Fortbildungsverpflichtung (Anlage 4)
3. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V
4. Die Bestimmungen dieses Vertrages auf Basis der Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und ihre gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern zu beachten und anzuwenden.

## **§ 2 Organisatorische Voraussetzungen**

1. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler während der Öffnungszeiten in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
2. Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz oder entsprechenden ergänzenden Regelungen in einzelnen Bundesländern in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfüllen. Die zuständige Landesvertretung des VdAK (im folgenden LV genannt) ist über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum zuvor schriftlich zu informieren; die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die LV beizufügen.
3. Vertretungen über die in Ziffer 2 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung des VdAK. Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im voraus schriftlich bei der LV zu beantragen. Der Zugelassene hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
4. Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffer 2 und 3 in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
5. Die LV ist über den Beginn und die Beendigung der Tätigkeit von Mitarbeitern sowie über andere zulassungsrelevante Personalveränderungen unverzüglich schriftlich zu informieren. Ihr sind hierbei die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sowie die zusätzlichen Behandlungsräume und -flächen (§ 4 Ziffer 4 b) nachzuweisen.

6. Der Zugelassene ist auf Aufforderung verpflichtet, der LV innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.
7. Der Zugelassene hat die Praxisräume bzw. –flächen gemäß den Einrichtungs-Richtlinien (Anlage 2) in der jeweiligen bei Antragstellung geltenden Fassung nachzuweisen und ständig für die Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen bereit zu halten. Wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens eine Praxisabnahme durch Vertreter des DVE vorgenommen, finden die Einrichtungs-Richtlinien (Anlage 2) dieses Vertrages ebenfalls Anwendung.
8. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und dessen Mitarbeitern zu beachten.
9. Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

### **§ 3**

#### **Wahl des Heilmittelerbringers**

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die Ersatzkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Zugelassenen bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig.

### **§ 4**

#### **Leistungserbringung**

1. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.
2. Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern durchführen. Der nächstgelegene Zugelassene ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen bzw. durch Mitarbeiter sicherzustellen. Die Verpflichtung gilt nicht, wenn dem Behandler der Hausbesuch aus begründetem Anlass, wie z.B. bei Gefährdung seiner Sicherstellungspflichten nach § 2, nicht zuzumuten ist.
3. Ist der Zugelassene eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, obliegt die Verantwortung dem in der Zulassungsbestätigung benannten verantwortlichen fachlichen Leiter. Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 2 gelten entsprechend.
4. Von angestellten oder freien Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn
  - a) diese qualifizierte Therapeuten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) sind;

- b) für jeden Mitarbeiter die in den Einrichtungsrichtlinien dieses Vertrages (Anlage 2) genannten Behandlungsräume bzw. Behandlungsflächen vorhanden sind.
5. Freie und angestellte Therapeuten, die überwiegend Hausbesuche durchführen (sog. "Hausbesuchstherapeuten"), dürfen nur in einem Einsatzradius von 75 Km, gerechnet von der zugelassenen Praxis, tätig werden, um einen ordnungsgemäßen Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten zu können.
  6. Der Zugelassene haftet für von fest angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
  7. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem gemäß § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem medizinischen Umfang (s. § 7 Ziffer 2 und 3) in Anspruch genommen werden.
  8. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4, Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Der Satz 2 des § 4 Ziffer 7 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der LV innerhalb eines Monats zu erbringen.
  9. Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die in § 4 i. V. mit Anlage 4 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die LV, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.10.2008 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die LV eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
  10. Vom Beginn der Frist an können die Ersatzkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen. Nach einem halben Jahr verdoppelt sich der v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

## **§ 5**

### **Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Der VdAK ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die Prüfung im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Ankündigung durch die Ersatzkassen. Die Ankündigung soll möglichst einen Monat, sie muss jedoch spätestens 14 Tage vor der Prüfung erfolgen. Mit Zustimmung des Leistungserbringers kann von Satz 3 abgewichen werden. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Die Vertreter der Ersatzkassen haben sich auszuweisen. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Der Umfang und das Ergebnis der Prüfung sind in einem Bericht festzuhalten. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen; die Mitteilung soll innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Prüfung dem Leistungserbringer zugehen. Die Mitteilung ist vom Leistungserbringer bis zu nächsten Prüfung aufzubewahren.

### **Strukturqualität**

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

### **Prozessqualität**

4. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
5. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
  - Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
  - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. Anlage 1)
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Anlage 1 Ziffer 8.
6. Der Heilmittelerbringer sollte entsprechend den therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
  - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten im Interesse einer effektiven und effizienten ergotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fort zu schreiben. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachten therapeutischen Leistungen, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten (z. B. Abweichen von der Regelbehandlungszeit) bei der Behandlungsdurchführung.

### **Ergebnisqualität**

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

## **§ 6**

### **Verordnung / Behandlungsdurchführung**

1. Vertragsleistungen (Anlage 1) dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt (Verordnungsmuster 18) verordnet sind und den jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V entsprechen.
2. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die LV erteilt ist.

3. Diagnose, Leitsymptomatik<sup>1</sup>, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl, Indikationsschlüssel<sup>2</sup> und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn die ärztliche Verordnung die in § 6 Ziffer 3 S. 1 genannten Informationen enthält. Zur Abgabe dieser Leistung ist der Zugelassene dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet.
4.
  - a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 14 Tage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung - Muster 18).
  - b) Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Arztes maßgebend. Bei der Behandlungsserie darf das Behandlungsintervall zwischen den einzelnen Behandlungstagen 14 Tage nicht überschreiten, es sei denn, der voraussichtliche Therapieerfolg veranlasst andere Behandlungszeiten zu wählen. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.
  - c) Für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne der Absätze § 6 Abs. 4 a) und b) besteht kein Vergütungsanspruch.
5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
6. Die durchgeführten Leistungen gemäß Anlage 1 sind am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im voraus oder nachträglich sind nicht zulässig. Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V sind vom Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einzuziehen und gegenüber dem Versicherten gem. § 61 Satz 4 SGB V zu quittieren. Die pauschale Zuzahlung je Verordnungsblatt ist bei der ersten Behandlung durch den Zugelassenen einzuziehen. § 43 b SGB V bleibt unberührt.

## **§ 7**

### **Kooperation zwischen Therapeut und Arzt**

1. Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.

---

<sup>1</sup> Fehlt die Angabe "Leitsymptomatik" auf der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung, ist der Heilmittelerbringer nach Rücksprache mit dem Vertragsarzt (kann telefonisch und per Fax erfolgen) berechtigt, die Verordnung entsprechend zu ergänzen. Die Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18). Wenn die Diagnose oder der Indikationsschlüssel die Leitsymptomatik jedoch bereits enthält, muss die Leitsymptomatik nicht noch einmal wiederholt werden.

<sup>2</sup> Fehlt die Angabe "Indikationsschlüssel" auf der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung, ist der Heilmittelerbringer nach Rücksprache mit dem Vertragsarzt (kann telefonisch und per Fax erfolgen) berechtigt, die Verordnung entsprechend zu ergänzen. Die Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18).

2. Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
3. Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
  - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
  - Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Therapeut nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen und mit Datum und Handzeichen zu versehen (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18).
4. Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
  - Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18).
  - Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
  - Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
5. Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Heilmittelerbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält. Bei Behandlungsabbruch ist das entsprechende Feld auf der Rückseite der Verordnung zu kennzeichnen und der Vertragsarzt sollte über den Behandlungsabbruch informiert werden.
6. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
7. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.



## **§ 8 Aufbewahrungsfrist**

1. Die Verlaufsdocumentation nach Anlage 1 Ziffer 8 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 10).

## **§ 9 Vergütung**

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der vereinbarten Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlage 3 a und 3 b) in der jeweils geltenden Fassung.
2. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V gefordert und angenommen werden.
3. Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Therapeut nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der Ersatzkassen verzichten. Die Kennzeichnung der Verordnung mit "Gebühr frei" durch den Arzt allein ist nicht ausreichend. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Ersatzkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld "Gebühr frei" nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld "Gebühr pflichtig" angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld "Gebühr frei" anzukreuzen und gegebenenfalls das Feld "Gebühr pflichtig" zu korrigieren.

## **§ 10 Datenschutz**

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

## **§ 11 Verwendung des Institutionskennzeichens**

1. Jeder Zugelassene verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI und der LV unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der LV bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Ersatzkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

4. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden.

## **§ 12 Abrechnungsregelung**

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
  - Abrechnungsdaten,
  - Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
  - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
  - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
  - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Ersatzkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des VdAK, Postfach, 53719 Siegburg, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu Zugelassenen zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Zugelassene kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Zugelassenen ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Heilmittelerbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit

einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

6. Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der Verordnung (Muster 18) zu bestätigen. Quittierungen im voraus oder nachträglich sind unzulässig. Der Zugelassene trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 18) auf:

- IK des Zugelassenen (§ 11),
- 5-stellige Heilmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
- Anzahl der gefahrenen Kilometer bei Hausbesuchen,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.

7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 32 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der prozentualen Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

Übersteigen prozentuale Zuzahlung und die pauschale Zuzahlung pro Verordnung den abrechnungsfähigen Betrag des Rezeptes, kommt eine Vergütung durch die Ersatzkassen nur in Betracht, wenn der Leistungserbringer der Ersatzkasse nachweist, dass der Einzug des Zuzahlungsbetrages nach Erinnerung gemäß § 43b Abs. 1 S. 1 SGB V erfolglos geblieben ist. Die Verordnung ist aber stets unter der Beachtung der technischen Anlage der Richtlinien nach § 302 SGB V der Ersatzkassen zu übermitteln.

8. 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.

9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1 der Richtlinien nach § 302 SGB V),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1 der Richtlinien nach § 302 SGB V),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1 der Richtlinien nach § 302 SGB V),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.

Beanstandungen müssen innerhalb von 9 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine uner-

laubte Handlung des Zugelassenen vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse nacherfasst werden müssen.

11. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die LV unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der LV ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach Ziffer 1.

Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder per E-Mail zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der LV vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

### **§ 13 Vertragspartnerschaft**

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. 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 geklärt.

## **§ 14 Vertragsausschuss**

1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Ersatzkassen und den Leistungserbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern des VdAK einerseits und Vertretern des DVE andererseits paritätisch zusammen.
2. Der Vertragsausschuss ist schriftlich auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 15 Vertragsverstöße; Regressverfahren**

1. Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der VdAK schriftlich verwarnen; der VdAK setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.
2. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der VdAK im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 14) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,-- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungswiderruf. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
  - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 10),
  - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
  - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

## **§ 16 Inkrafttreten**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.10.2008 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.
2. Für die Kündigung der Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlagen 3 a und 3 b) gelten die jeweils vereinbarten Fristen.
3. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsregelungen (Anlagen 3 a und 3 b) nicht berührt.
4. Der Vertrag zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten) e.V. und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband vom 01.02.2002 erlischt mit Inkrafttreten dieses Vertrages.
5. Für bisher Zugelassene gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
6. Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, sofern sie den Inhalt und die Leistungsbeschreibung dieses Vertrages betreffen und somit vertragsrelevant sind, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.

**§ 17**  
**Salvatorische Klausel**

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

**Protokollnotizen zum Vertrag vom 01.10.2008**

**zwischen**

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad**

**und**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.**

#### **Zu § 4 Ziffer 7 bis 9**

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine "Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V" in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur "Fortbildungsverpflichtung" im Rahmenvertrag (vgl. § 4 Ziffer 7 bis 9 und Anlage 4 des Rahmenvertrages gemäß § 125 SGB V) konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, wo der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Die Sanktionierung gemäß § 4 Ziffer 9 des Rahmenvertrages tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

#### **Zu § 9 und Anlage 3 a und 3 b**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass wenn sich die rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Ergotherapie ändern, diese im Rahmenvertrag über den Verhandlungsweg Berücksichtigung finden (z.B. Ost-West-Angleichung).



## **Anlage 1 zum Vertrag vom 01.10.2008**

**zwischen**

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad  
und  
den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.**

**LEISTUNGSBESCHREIBUNG**

# Leistungsbeschreibung Ergotherapie

## 1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in den Richtlinien mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung in den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Ergotherapie gemäß den Heilmittel-Richtlinien. Dabei werden die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft benannt.

Den Maßnahmen der Ergotherapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionenverzeichnisses zugeordnet.

## 2. Umfang der Leistung

Die unter Ziffer 10 der Anlage 1 aufgeführten Leistungen (Maßnahmen der Ergotherapie) umfassen:

- die Durchführung der Befunderhebung (Ziffer 3),
- das Aufstellen des individuellen Behandlungsplans (Ziffer 4),
- die Durchführung der ergotherapeutischen Maßnahmen (Ziffer 5),
- die Regelbehandlungszeit (Ziffer 6),
- die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel (Ziffer 7),
- die Verlaufsdocumentation sowie ggf. den Bericht an den verordnenden Arzt (Ziffer 8),
- die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen (Ziffer 9),

## 3. Befunderhebung

Die Durchführung und Auswertung der ergotherapeutischen Befunderhebung bildet, auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, die Voraussetzung, die Behandlungsziele zu definieren und einen Behandlungsplan zu erstellen. Es werden Beobachtungs-, Screening- und Testverfahren eingesetzt.

Im Verlauf der Behandlung kann eine erneute Befunderhebung zur Überprüfung der ergotherapeutischen Ziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes erforderlich sein.

Eine ergotherapeutische Gruppenbehandlung kann erst erfolgen, wenn dieser eine ergotherapeutische Befunderhebung im Rahmen einer Einzelbehandlung vorausging, bei der auch die Zuordnung zur entsprechenden Gruppe erfolgt. Nach bereits erfolgter Einzelbehandlung werden Gruppenbehandlungen ohne nochmalige Befunderhebung durchgeführt.

## 4. Individueller Behandlungsplan

Auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung mit Angabe der Diagnose, der Leitsymptomatik und der Therapieziele sowie der ergotherapeutischen Funktionsanalyse und der ergotherapeutischen Befunderhebung wird der individuelle Behandlungsplan erstellt.

## 5. Behandlungsdurchführung

Auf der Grundlage des ergotherapeutischen Behandlungsplans wird die jeweilige ergotherapeutische Maßnahme durchgeführt. Dabei ist die jeweilige Reaktionslage des Patienten besonders hinsichtlich der Behandlungstechniken oder -methoden sowie der Dauer, Intensität und des Umfangs der Behandlung zu berücksichtigen.

## 6. Regelbehandlungszeit

Die Zeitangaben der jeweiligen Maßnahmen sind Richtwerte und beziehen sich auf die Durchführung der Therapiemaßnahme mit dem Patienten sowie der anderen unter Ziffer 2 (Umfang der Leistung) genannten Leistungen.

Dabei darf die Behandlungsdauer mit dem Patienten die Mindestdauer des Richtwertes nur aus medizinischen Gründen unterschreiten.

### **7. Vor- und Nachbereitung**

Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die ergotherapeutische Behandlung unabdingbar. Die individuelle Anpassung an die Funktionsstörungen / Schädigungen und Fähigkeitsstörungen des Patienten gewährleistet den sinnvollen Einsatz der Methoden und Verfahren der Ergotherapie.

### **8. Verlaufsdokumentation/Bericht an den verordnenden Arzt**

Entsprechend § 5 Ziffer 7 dieses Vertrages wird im Interesse einer effektiven und effizienten ergotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gemäß § 7 Ziffer 5 dieses Vertrages nach Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Therapieverlauf.

### **9. Information, Beratung und Schulung**

Die Information, Beratung und Schulung des Patienten und/oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Behandlungsverlauf der Ergotherapie, wie auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind unverzichtbare Bestandteile der ergotherapeutischen Behandlung.

## 10. Maßnahmen der Ergotherapie

### Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen

54102 Einzelbehandlung

54209 Gruppenbehandlung

#### Definition

Eine ergotherapeutische motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der motorischen Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Voraussetzung für die Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) ist, dass der Patient keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigt.

#### Indikationen

Funktionsstörungen / Schädigungen	Fähigkeitsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive und passive Bewegungsstörungen</li> <li>• Störungen der Grob- und Feinmotorik</li> <li>• Schmerz</li> <li>• Störungen der Haltung</li> <li>• Muskelinsuffizienz, -verkürzungen</li> <li>• Kontrakturen/Narbenzüge</li> <li>• lokale Durchblutungs- und Regulationsstörungen</li> <li>• Sensibilitätsstörungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Selbstversorgung</li> <li>• der Alltagsbewältigung</li> <li>• der Beweglichkeit</li> <li>• der Geschicklichkeit</li> </ul>	SB1 Wirbelsäulenerkrankungen SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB3 Amputationen, angeborene Fehlbildungen SB4 Gelenkerkrankungen SB5 Gelenkerkrankungen/ Störung der Gelenkfunktionen SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck'sches Syndrom, CRPS SB7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ. EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen

#### Therapeutische Wirkungen

- Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster.
- Aufbau physiologischer Muskelfunktionen und Muskelkoordination.
- Verbesserung der Grob- und Feinmotorik.
- Vorbeugung gegen Fehlstellung/Fehlhaltung, Kontrakturprophylaxe.
- Desensibilisierung, Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen.
- Narbenabhärtung.
- Schmerzlinderung.
- Verbesserung der gestörten Gelenkbeweglichkeit.

#### Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung.
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung.
- Verbesserung und Erhalt der Beweglichkeit, Mobilität und Fortbewegung.

- Verbesserung und Erhalt der Geschicklichkeit.
- Verbesserung und Erhalt der handlungsorientierten Koordination und Kraft.
- Erlernen von Gelenkschutzmaßnahmen zur Reduzierung der schmerzbedingten Reaktionen. Kompensation verlorengegangener Funktionen, Erlernen von Ersatzfunktionen.
- Umgang im Gebrauch mit Alltagshilfen.
- Verbesserung der Belastungsfähigkeit und Ausdauer.
- Wiederherstellung von Alltagskompetenzen auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel.

### **Leistung**

Zur Leistung zählen insbesondere:

- funktionelle Behandlungstechniken.
- handwerkliche, spielerische und gestalterische Behandlungstechniken.
- Maßnahmen zur taktilen Desensibilisierung und Sensibilisierung.
- Handtherapie.
- Einhändertraining.
- Selbsthilfetraining (Training der Aktivitäten des täglichen Lebens = ATL).
- Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Schienen und der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen).
- Versorgung und Training mit Alltagshilfen.
- Training mit technischen Hilfen, auch am PC.
- Gelenkschutzmaßnahmen.
- Belastungstraining.
- Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld.

### **Regelbehandlungszeit:**

Richtwert: 30-45 Minuten.

**Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen**  
**54103 Einzelbehandlung**  
**54210 Gruppenbehandlung**

**Definition**

Eine ergotherapeutische sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der sensomotorischen und perzeptiven Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie ist ein komplexes Behandlungsverfahren mit häufig mehreren Therapiezielen.

Voraussetzung für die Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) ist die Feststellung von sozialen, kognitiven und motorischen Grundvoraussetzungen für die Gruppenfähigkeit.

Zum Einsatz kommt die Gruppenbehandlung insbesondere dann, wenn neben den oben genannten Störungen auch sozioemotionale Störungen vorliegen, die eine Gruppenbehandlung medizinisch notwendig machen.

**Indikationen**

Funktionsstörungen / Schädigungen	Fähigkeitsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Körperhaltung, Körperbewegung und Koordination</li> <li>• in der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung (Störung der Sensorischen Integration)</li> <li>• in den manuellen Tätigkeiten,</li> <li>• der Praxis</li> <li>• im psychomotorischen Tempo und in der Qualität</li> <li>• im Gesichtsfeld mit und ohne Neglect</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Selbstversorgung</li> <li>• der Alltagsbewältigung</li> <li>• der Beweglichkeit</li> <li>• der Geschicklichkeit</li> <li>• im Verhalten</li> </ul>	SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB3 Amputationen, angeborene Fehlbildungen SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck´sches Syndrom, CRPS SB7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ., EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

**Therapeutische Wirkungen**

- Entwicklung und Verbesserung der basalen Sinneswahrnehmung.
- Entwicklung und Verbesserung visueller und auditiver Wahrnehmung.
- Koordination und Umsetzung von Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration).
- Entwicklung und Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas.
- Entwicklung und Verbesserung der Sensomotorik, der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung.
- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster, Bahnen normaler Bewegungen und Koordination von Bewegungsabläufen.
- Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik.
- Entwicklung und Verbesserung der Mund- und Essmotorik.
- Entwicklung und Verbesserung der Serialleistung.

**Therapeutische Ziele**

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung.
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung.
- Verbesserung und Erhalt der Beweglichkeit, Mobilität und Fortbewegung.
- Verbesserung und Erhalt der Geschicklichkeit.
- Entwicklung und Verbesserung der graphomotorischen Funktionen.
- Entwicklung und Verbesserung sozio-emotionaler Kompetenzen.
- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Verbesserung der kognitiven Funktionen/ Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten
- Erlangung von Handlungs- und Alltagskompetenzen, Fähigkeiten des täglichen Lebens, auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel.
- Kompensation nicht entwickelter oder verlorengegangener Funktionen und Erlernen von Ersatzfunktionen.
- Verbesserung von Ausdauer und Belastungsfähigkeit.
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten.
- Umgang im Gebrauch mit Alltagshilfen.

### **Leistung**

Zur Leistung zählen insbesondere:

- Wahrnehmungsfördernde Behandlungsmethoden, z.B. nach Perfetti (\*), Frostig, Affolter (\*).
- Stimulation, Stabilisierung und Differenzierung der basalen, sensomotorischen Fähigkeiten, z. B. nach Fröhlich (\*).
- Sensorische Integrationstherapie, z. B. nach Ayres.
- funktionelle, handwerkliche, spielerische, gestalterische Behandlungstechniken.
- Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage, z. B. nach Bobath (\*).
- Graphomotorisches Training.
- Mund- und Esstherapie, z. B. nach Bobath (\*), Castillo-Morales (\*), Coombes (\*).
- Selbsthilfetraining (Training der Aktivitäten des täglichen Lebens = ATL).
- Training der Alltagskompetenzen unter Berücksichtigung des Einsatzes von temporären Schienen und der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen) (\*).
- Versorgung und Training mit Alltagshilfen (\*).
- Training mit technischen Hilfen, auch am PC (\*).
- Vorschulisches/vorberufliches Training und Belastungserprobung.
- Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld.

Die mit (\*) gekennzeichneten Leistungen können nur als Einzelbehandlung abgegeben werden.

### **Regelbehandlungszeit:**

Richtwert: 45-60 Minuten

## Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung

### 54104 Einzelbehandlung

### 54211 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung

#### Definition

Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Das neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung zeichnet sich dadurch aus, dass jedes Leistungsdefizit so spezifisch wie möglich trainiert wird, d.h. ohne andere und/oder komplexe Hirnleistungen zu beanspruchen. Im Gegensatz dazu werden beim ergotherapeutischen Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) komplexe, kognitive Störungen gerade unter gruppenspezifischen Aspekten besonders therapiert.

Voraussetzung für die Gruppenbehandlung ist die Feststellung der Grundvoraussetzungen für die Gruppenfähigkeit.

#### Indikationen

Funktionsstörungen / Schädigungen	Fähigkeitsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"><li>• der kognitionsstützenden und höheren kognitiven Funktionen wie:<ul style="list-style-type: none"><li>- Aufmerksamkeit</li><li>- Konzentration</li><li>- Ausdauer</li><li>- Merkfähigkeit und Gedächtnis</li><li>- Reaktion</li></ul></li><li>• der Handlungsfähigkeit und Problemlösung einschl. der Praxis</li><li>• im Gesichtsfeld mit und ohne Neglect</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• der Selbstversorgung</li><li>• der Alltagsbewältigung</li><li>• der Kognition</li><li>• im Verhalten</li></ul>	EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ., EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend PS3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen PS4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen PS5 Dementielle Syndrome

#### Therapeutische Wirkungen

- Wiederherstellung und Verbesserung der kognitiven und mnestischen Funktionen wie:
- selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Alertness, Vigilanz.
- Konzentration.
- Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis und Merkspanne.
- Orientierung zu Raum, Zeit, Ort und Person.
- Reaktionstempo, -zeit und -geschwindigkeit.
- sprachlogisches und numerisches Verständnis.
- visuelle und auditive Wahrnehmung, Wahrnehmungsgeschwindigkeit.

#### Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung.
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung.
- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen.



- Entwicklung und Verbesserung der Realitätsbezogenheit.
- Entwicklung und Verbesserung von Problemlösungsstrategien.
- Entwicklung und Verbesserung von Handlungsplanung.
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten.

### **Leistung**

Zur Leistung zählen insbesondere:

- Hirnleistungstraining mit starkem Realitäts- und Biographiebezug.
- Hirnleistungstraining mit speziellen und individuell adaptierten Programmen.
- Hirnleistungstraining am PC mit spezieller Therapiesoftware (\*).
- neuropsychologisch orientiertes Hirnleistungstraining (\*).
- handlungsorientiertes Training der kommunikativen Fähigkeiten, auch am PC .
- Training zur Verbesserung des Lernverhaltens und der Grundarbeitsfähigkeiten.
- Vorschulisches/vorberufliches Training und Belastungserprobung.

Die mit (\*) gekennzeichneten Leistungen können nur als Einzelbehandlung abgegeben werden.

### **Regelbehandlungszeit:**

Richtwert: bei der Einzeltherapie: 30-45 Minuten.

Richtwert: bei der Gruppentherapie: 45-60 Minuten.

## Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen

**54105 Einzelbehandlung**

**54110 Einzelbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)**

**54212 Gruppenbehandlung**

**54213 Gruppenbehandlung (soweit verordnete zusammenhängende Einheiten als Belastungserprobung abgegeben werden)**

### Definition

Eine ergotherapeutische psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Voraussetzung für die Gruppenbehandlung (3 - 5 Patienten) ist die Feststellung der Grundvoraussetzungen für die Gruppenfähigkeit. Zum Einsatz kommt die Gruppenbehandlung insbesondere, wenn die individuelle Problematik des Patienten die Nutzung von gruppendynamischen Prozessen und stützenden Funktionen der Gruppe erfordert.

### Indikationen:

Funktionsstörungen / Schädigungen	Fähigkeitsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Orientierung zu Raum, Zeit und Person</li> <li>• im psychomotorischen Tempo und in der Qualität</li> <li>• des Antriebs und des Willens</li> <li>• des Realitätsbewusstseins und der Selbsteinschätzung</li> <li>• der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung</li> <li>• der emotionalen und Willensfunktionen</li> <li>• der Anpassungs- und Verhaltensmuster</li> <li>• des Denkens/der Denkinhalte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Selbstversorgung</li> <li>• der Alltagsbewältigung</li> <li>• im Verhalten</li> <li>• in der zwischenmenschlichen Interaktion/Kommunikation</li> <li>• der Kognition</li> <li>• der Beweglichkeit und</li> <li>• Geschicklichkeit</li> </ul>	<p>EN1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ.</p> <p>EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ.</p> <p>EN3 Rückenmarkserkrankungen</p> <p>PS1 Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p> <p>PS2 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</p> <p>PS3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen</p> <p>PS4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p>PS5 Dementielle Syndrome</p>

### Therapeutische Wirkungen

- Psychische Stabilisierung und Aktivierung.
- Verbesserung von Antrieb, Motivation und Vitalität.
- Stärkung sozioemotionaler Kompetenzen, Kontakt-, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit.
- Verbesserung der kognitiven Funktionen, der Konzentration und der Serialleistung.
- Verbesserung von auf psychischem und medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen.
- Verbesserung der Körperwahrnehmung, Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Wahrnehmungsverarbeitung.

- Verbesserung der Konfliktfähigkeit, Angstbewältigung und Frustrationstoleranz.

### **Therapeutische Ziele**

- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung.
- Verbesserung und Erhalt des situationsgerechten Verhaltens.
- Verbesserung und Erhalt in der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation.
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz.
- Wiedergewinnung des Realitätsbezuges und der realistischen Selbsteinschätzung.
- Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Fähigkeiten wie Autonomie und Bindungsfähigkeit.
  
- Verbesserung und Erhalt der kognitiven Fähigkeiten.
- Stärkung der Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit.
- Stärkung der Kreativität im Sinne von Problemlösungsverhalten und Entwicklung von Anpassungsstrategien.
- Verbesserung und Erhalt der Belastungsfähigkeit und Ausdauer.
- Verbesserung der eigenaktiven Tagesstrukturierung.
- Entwicklung, Verbesserung und Erhalt der Selbstständigkeit und der dafür notwendigen lebenspraktischen Fähigkeiten und der Grundarbeitsfähigkeiten.
- Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung.

### **Leistung**

Zur Leistung zählen insbesondere:

- Handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden, z. B. auch kommunikatives Malen, Gestaltungstherapie.
- Methoden zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, des kommunikativen und interaktiven Verhaltens, z. B. Rollen- und Regelspiele.
- Methoden zur Verbesserung der Körper- und Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung.
- Projektarbeiten.
- Training der Selbsthilfefähigkeiten, auch ATL.
- Realitätsorientierungsprogramme, z. B. ROT.
- Methoden zur Entwicklung von Selbstsicherheit und Bewältigungsstrategien
- Training des sozialen Verhaltens.
- kognitive Trainingsprogramme.
- Vorschulisches/vorberufliches Training und Belastungserprobung.
- Training der Grundarbeitsfähigkeiten/Arbeitstherapie.
- Training der eigenaktiven Tagesstrukturierung.
- Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld.

### **Regelbehandlungszeit**

Richtwert: bei der Einzeltherapie: 60-75 Minuten.

Richtwert: bei der Gruppentherapie: 90-120 Minuten.

### **Besonderheiten:**

Bei psychisch-funktionellen Behandlungen können im Einzelfall in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt bei Störungen der Ausdauer und Grundarbeitsfähigkeiten zwei zusammenhängende Therapieeinheiten an einem Tag als Belastungserprobung durchgeführt werden. Diese erhöhte Frequenz kann nur erbracht werden, wenn sie verordnet wurde.

## **Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)**

### **54301**

#### **Definition**

Die thermischen Maßnahmen ergänzen eine motorisch-funktionelle oder sensomotorisch/ perzeptive Behandlung. Diese Therapien werden durch die thermische Anwendung erleichtert, verbessert oder überhaupt erst möglich.

#### **Indikationen**

- Schmerzen.
- Muskelspannungsstörungen.

#### **Therapeutische Wirkungen**

- Herabsetzung der Schmerzempfindung.
- Anregung oder Minderung der Aktivität der Muskelspindeln.
- Verbesserung der Dehnfähigkeit von bindegewebigen Strukturen.

#### **Therapeutische Ziele**

- Schmerzdämpfung.
- Muskeltonusregulierung.

#### **Leistung**

- Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Anwendung intensiver Kälte oder Wärme.

## Ergotherapeutische temporäre Schienen

54405 ohne Kostenvoranschlag<sup>3</sup>

54406 nach Kostenvoranschlag

### Definition

Diese ergotherapeutische Maßnahme ergänzt im Einzelfall die motorisch-funktionelle oder sensomotorisch/perzeptive ergotherapeutische Behandlung, indem sie störungsbezogen für eine sachgerechte Lagerung oder Fixation sorgt oder zur Unterstützung von physiologischen Funktionen für die Wiederherstellung von alltagsrelevanten Fähigkeiten dient. Diese Maßnahme setzt eine genaue Kenntnis der Möglichkeiten und Einschränkungen des Patienten voraus.

### Indikationen:

Lagerungsschiene	Funktionsschiene	
Funktionsstörungen / Schädigungen	Fähigkeitsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Schmerzen</li><li>• Schwellungen, Reizungen und/oder Entzündungen</li><li>• Kontrakturen/Narbenzüge</li><li>• Lähmungen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• der Beweglichkeit</li><li>• der Grob- und Feinmotorik</li></ul>	SB2 Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen SB 5 Gelenkerkrankungen, Störung der Gelenkfunktion SB6 Sympathische Reflexdystrophie, Sudeck'sches Syndrom, CRPS SB 7 Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insb. Systemische Erkrankungen EN 1 ZNS-Erkrankungen, Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. LJ., EN2 ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18.LJ. EN3 Rückenmarkserkrankungen EN4 Periphere Nervenläsionen

### Therapeutische Wirkungen bei einer Lagerungsschiene

- Kontrakturprophylaxe.
- Entzündungshemmung.
- Herabsetzung der Schmerzempfindung.

### Therapeutische Wirkungen bei einer Funktionsschiene

- Verhinderung pathologischer Bewegungen.
- Ermöglichung physiologischer Funktionen.

### Therapeutische Ziele

Zur Erreichung der unter der motorisch-funktionellen oder sensomotorisch/perzeptiven Behandlung genannten Ziele ist in bestimmten Fällen die Herstellung und individuelle Anpassung von temporären ergotherapeutischen Schienen zur Unterstützung für die ergotherapeutische Behandlung notwendig.

### Leistung

<sup>3</sup> Die Kostenvoranschlagsgrenze regelt die Vergütungsvereinbarung (vgl. Anlage 3 a und 3 b)

Herstellung und individuelle Einzelanpassung von statischen und dynamischen Funktions- und Lagerungsschienen.

### **Regelbehandlungszeit**

Der Zeitaufwand richtet sich nach der Größe und der Art der Schiene.

## **54002 Ergotherapeutische Funktionsanalyse**

### **Leistung**

- Bewertung der patientenbezogenen Unterlagen.
- Erhebung der ergotherapeutischen Anamnese.
- Prüfung der Verwendbarkeit der vorhandenen Hilfsmittel.
- Prüfung der Notwendigkeit ergotherapeutischer temporärer Schienen.
- Auswahl der ergotherapeutischen Materialien und Testverfahren zur Befunderhebung.
- Gespräch mit dem Patienten und ggf. auch mit den Angehörigen über die beabsichtigten ergotherapeutischen Maßnahmen.
- Abstimmung mit anderen Behandlern.

Diese Position ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar.

## **54111 Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld**

### **Definition**

Diese Maßnahme kann je nach Art und Schwere der Einschränkung des Patienten ergänzend zu einer ergotherapeutischen Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven und motorisch-funktionellen sowie ggf. bei psychisch-funktionellen Störungen erfolgen, wenn als Leitsymptomatik Schwierigkeiten im häuslichen/sozialen Umfeld vorliegen, die eine Beratung erforderlich machen. Sie dient dazu, den Patienten zu befähigen, seinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens eigenverantwortlich und zufriedenstellend nachzukommen.

Das Verfahren setzt eine genaue Kenntnis der Möglichkeiten und der Einschränkungen des Patienten und seines Umfeldes voraus.

### **Indikationen**

Funktions- und Fähigkeitsstörungen in Bezug auf die Selbstversorgung und Alltagsbewältigung können diese Leistung in allen Indikationsbereichen notwendig machen.

### **Therapeutische Ziele**

- Sicherstellung der Behandlungsergebnisse
- Ermöglichung des Transfers der in der laufenden Therapie des Patienten erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag

### **Leistung**

Im Rahmen dieser Maßnahme erfolgt die Analyse des häuslichen und sozialen Umfeldes des Patienten, die Beratung und die Erstellung von Empfehlungen für eine aus medizinischer Sicht notwendige Adaptation des Umfeldes an die vorhandenen Einschränkungen des Patienten.

Diese ergotherapeutische Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ist in der Regel besonders zeitaufwendig und fällt nur einmal pro Behandlungsfall an. Bei progredienten und chronischen Erkrankungen kann die Maßnahme je nach Krankheitsphase wiederholt notwendig werden.

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn die ergotherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch verordnet wurde.

### **Dauer der Maßnahme**

Den Umfang bestimmt der Therapeut auf Grund der Erfordernisse vor Ort. Die Abrechnung erfolgt zzgl. Kilometergeld.

Diese Position ist nicht verordnungspflichtig, jedoch besteht ein erhöhter Dokumentationsbedarf. Die therapeutischen Empfehlungen sind dem Patienten, dem verordnenden Arzt und auf Wunsch auch der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.

## **Anlage 2 zum Vertrag vom 01.10.2008**

**zwischen**

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

**und den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.**

**EINRICHTUNGSRICHTLINIEN**



# Praxisausstattung

## Anforderungen an ergotherapeutische Praxen

### 1 Allgemeine Anforderungen

- 1.1 Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.
- 1.2 Die Praxis muss in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt sein.
- 1.3 Die Praxis soll behindertengerecht zugänglich sein, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.
- 1.4 Ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten
- 1.5 Toilette und Handwaschbecken
- 1.6 Patientendokumentation
- 1.7 Verbandskasten für die erste Hilfe

### 2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

- 2.1 Für eine ergotherapeutische Praxis ist eine Nutzfläche von mindestens 40 qm nachzuweisen.
- 2.2 Die Praxisräume müssen eine Therapiefläche von mindestens 30 qm aufweisen. Dabei muss die Therapiefläche in einem Raum mindestens 12 qm umfassen.
- 2.3 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig in der Praxis tätige Fachkraft ist ein/e weitere/r Therapieraum/-fläche von mindestens 12 qm erforderlich. Die Mindestgröße eines Therapieraumes darf 9 qm nicht unterschreiten. Teilzeitbeschäftigte sind entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen.
- 2.4 Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40 m - lichte Höhe - betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar sein.

### 3 Grundausstattung (Pflichtausstattung)

- 3.1 Therapiematte oder Liege
- 3.2 Arbeitstisch, adaptierbar
- 3.3 Arbeitsstuhl, adaptierbar
- 3.4 Werkstisch
- 3.5 Webrahmen mit Zubehör
- 3.6 Spiegel

- 3.7 Funktionelles Spielmaterial für alle Altersstufen
- 3.8 Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung
- 3.9 Werkzeug und Materialien für
  - Papp- und Papierarbeiten
  - Graphische Arbeiten
  - Modellierarbeiten
  - Textile Techniken
  - Flechtarbeiten
  - Holzarbeiten
  - Webarbeiten
- 3.10 Psychomotorisches Übungsmaterial
- 3.11 Schienenmaterial nach Bedarf

Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte müssen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, soweit sie unter die Bestimmungen dieses Gesetzes fallen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.

**Anlage 3 a und b zum Vertrag vom 01.10.2008**

**zwischen**

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

**und den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.**

**VERGÜTUNGLISTEN**

Die Anlagen 3 a und 3 b sind hier nicht beigefügt.  
Für die Vergütung sind die jeweils gültigen Preislisten anzuwenden.

## **Anlage 4 zum Vertrag vom 01.10.2008**

**zwischen**

**dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V., Karlsbad**

**und den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
- Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.**

**F O R T B I L D U N G S V E R P F L I C H T U N G**

## **Fortbildung im Bereich der Ergotherapie**

### **1. Ziel**

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung im jeweiligen Heilmittelbereich ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden. Bisher sehen die Rahmenempfehlungen in § 12 Abs. 3 lediglich eine allgemeine inhaltlich nicht näher definierte Fortbildungspflicht vor. Mit Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 wurde die Fortbildung ausdrücklich der Regelungskompetenz der Empfehlungspartner (vgl. § 125 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V) zugeordnet. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

### **2. Zielgruppe**

Die Fortbildungspflicht richtet sich an den Zugelassenen/fachlichen Leiter (nachfolgend Zugelassener genannt).

### **3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung**

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

### **4. Betrachtungszeitraum**

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen/fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01.10.2008 für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätige fachliche Leiter. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachlicher Leiter nach dem 01.10.2008 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den zulassenden Stellen

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen.

Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

## **5. Als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen**

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 14 der Rahmenempfehlungen) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen.
- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf den jeweiligen Heilmittelbereich erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.
- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- Bei umfangreicheren Fortbildungen (z.B. Zertifikatspositionen) werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

## **6. Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen**

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die in der Anlage der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messe- und Ausstellungsbesuche/Messeveranstaltungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder –verbesserungen

## **7. Qualitätskriterien für Fortbildungen**

### **7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten**

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder
- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich oder in einem der o.g. Fachgebiete.

## **7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte**

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 7.1) mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen.

Die Dozenten müssen die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

## **8. Teilnahmebescheinigung**

Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter.

## **9. Dokumentation**

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 7) 60 Monate aufzubewahren.

## **10. Evaluation**

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

## **11. Nachweis**

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber den Zulassungsstellen nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle.

## **12. Übergangsregelung**

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt. Dem Rechnung tragend werden nach dem **31.10.2006** begonnene Fortbildungen auf den Betrachtungszeitraum ab 01.10.2008 angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt werden.