Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung[1]

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

[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 9
§ 5 Bestätigung der Leistung 9
§ 6 Beginn der Behandlung 10
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung 11
§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen 12
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung 14
§ 9 Wahl der oder des Leistungserbringenden 15
§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht 15
§ 11 Zulassung 15
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis 18
§ 13 Barrierefreiheit 18
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung 20
§ 15 Wirtschaftlichkeit 21
§ 16 Vergütung 22
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens 23
§ 18 Abrechnungsregelungen 24
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren 27
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen 27
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages 28
§ 22 Schlussbestimmungen 29

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 ARGEn 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.
Telemedizinische Leistungen	Telemedizinische Leistungen werden als synchrone Kommunikation zwischen einer oder einem Leistungserbringenden und einer Patientin oder einem Patienten, im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, Apps) stellen keine alleinige Behandlung dar. Innerhalb einer Therapieeinheit können aufgezeichnete Videos, DIGA / Apps ergänzend genutzt und für den selbständigen Gebrauch durch die Versicherten erläutert werden. Aufgezeichnete Videofilme dienen dabei der standardisierten Patientenedukation.

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 1-7:

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) Anerkenntniserklärung (Anlage 6)

g) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 7)“

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 Raumbelegungspläne 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 ihren 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 angebunden 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 oder mittels Abkürzungen 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 oder U)

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, K, F oder U) auf dem Verordnungsblatt (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 Verordnungen auch über die 12-Wochenfrist gemäß § 7 Absatz 6 HeilM-RL hinaus.

(4) Die Behandlung auf Grundlage von Verordnungen 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 Verordnung ihre Gültigkeit. Behandlungseinheiten, welche nicht innerhalb von 12 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch genommen wurden, verfallen. Für den Fristbeginn gilt § 187 Absatz 1 BGB und für das Fristende § 188 Absatz 1 BGB.

(5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose (endstellig identischer ICD-10-Code, ggf. an derselben Lokalisation) und derselben Diagnosegruppe begonnen wird. Dies gilt auch bei laufenden Behandlungen desselben Verordnungsfalls, wenn die weitere Verordnung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden kann. In diesen Fällen behält die später ausgestellte Verordnung auch über 28 Kalendertage hinaus ihre Gültigkeit. Jedoch muss der Behandlungsbeginn der weiteren Verordnung innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem letzten Behandlungstermin der zuvor ausgestellten Verordnung erfolgen.

§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen

(1) Die zugelassenen Leistungserbringenden können neben einer Therapie in Präsenz auch telemedizinische Leistungen per Video anbieten.

Von dieser Möglichkeit ausgenommen, sind die Leistungen:

- Thermische Anwendungen,
- Ergotherapeutische temporäre Schiene,
- Hausbesuch.

Die Menge telemedizinischer Behandlungen in einem Quartal wird auf 30 % aller Behandlungen je zugelassener oder zugelassenem Leistungserbringenden begrenzt.

(2) Telemedizinische Leistungen sind durch die Leistungserbringenden in den nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen abzugeben. Erfordert es die therapeutische Zielsetzung, kann die telemedizinische Therapie in Ausnahmefällen (Therapeutenkontinuität, vorübergehende Nichtverfügbarkeit der Praxis) auch außerhalb der Praxis durchgeführt werden.

(3) Die Erbringung einer Therapie als telemedizinische Leistung darf keine Voraussetzung für die Annahme der Verordnung durch die zugelassene Leistungserbringende oder den zugelassenen Leistungserbringenden sein.

(4) Telemedizinische Leistungen sind, ebenso wie Therapien in Präsenz, entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) abzugeben.

(5) Ergotherapeutische Leistungen können über telemedizinische Leistungen erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Der erste Termin

einer Ergotherapie erfordert den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen der oder dem Leistungserbringenden und der oder dem Versicherten. Über weitere Termine im unmittelbaren persönlichen Kontakt entscheiden die Leistungserbringenden fallbezogen nach therapeutischer Notwendigkeit unter Berücksichtigung der vorgenannten Regelungen.

(6) Die Behandlung per Video kann nur im gegenseitigen Einverständnis zwischen der oder dem Leistungserbringenden und der oder dem Versicherten und nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung in Textform durchgeführt werden. Sowohl die oder der Leistungserringende als auch die oder der Versicherte kann die Behandlung per Video jederzeit in Textform widerrufen oder ablehnen. In diesen Fällen ist die Behandlung als Präsenztherapie durchzuführen.

(7) Die Behandlung muss stets auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den zugelassenen Praxisräumen der oder des zugelassenen Leistungserbringenden durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Eine Behandlungskontinuität soll dabei gewahrt bleiben.

(8) Der Einbezug von Bezugspersonen über telemedizinische Leistungen ist zulässig.

(9) Bei der Durchführung der telemedizinischen Leistungserbringung ist sicherzustellen, dass bei der oder dem Leistungserbringenden und bei der oder dem Versicherten eine störungsfreie Umgebung gegeben ist, die einen geschützten Raum ermöglicht und damit eine angemessene Privatsphäre sicherstellt. Die Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der telemedizinischen Leistung per Video sind während der Therapie mit einem bewegten Videobild erkennbar.

(10) Eine Leistung kann telemedizinisch erbracht werden, wenn die oder der Versicherte körperlich und psychisch dazu in der Lage ist, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen und in der Gesamtbetrachtung der vorliegenden funktionellen und strukturellen Schädigungen zur Durchführung und Mitwirkung an einer Therapie in einer telemedizinischen Form in der Lage ist und über eine ausreichende Medienkompetenz verfügt.

(11) Für Abgabe der telemedizinischen Leistungen per Video muss Software genutzt werden, die die Anforderungen nach Anlage 7 erfüllt.

(12) Die Bestätigung der Therapie durch die Versicherte oder den Versicherten kann auf digitalem Weg oder per Fax nach der Therapie (§ 5 Absatz 2 und 4 Vertrag sind zu berücksichtigen) erfolgen. Sofern ein Videodienstanbieter einen Nachweis über die Durchführung einer telemedizinischen Leistung anbietet, kann dieser Nachweis als PDF erfolgen. Auf der Rückseite der Verordnung ist am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ von der oder dem Leistungserbringenden der Begriff „TM“ einzutragen. Die Bestätigung ist in der Patientenakte zur archivieren. Die Bestätigung der Leistung durch die Versicherte oder den Versicherten ist auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse an diese zu übermitteln. Die Bestätigung auf der Verordnungsrückseite mit Kennzeichnung „TM“ und Unterschrift der oder des Versicherten ist auch nachträglich beim nächstmöglichen Termin mit unmittelbarem persönlichem Kontakt möglich.

(13) Beratungen nach Anlage 1 Teil 1 Ziffer 5 können in begründeten Einzelfällen in Summe bis zu zwei Behandlungseinheiten je Verordnung als telemedizinische Leistung per Telefon erbracht werden.

§ 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 in Textform 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 in Textform an die Zuzahlung zu erinnern und ihnen eine Zahlungsfrist von 14 Kalendertagen einzuräumen. Zahlt die oder der Versicherte trotz dieser gesonderten Aufforderung in Textform 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 4 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 DSG-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. Sofern in einer interdisziplinären Praxis die jeweiligen Zulassungsbedingungen der unterschiedlichen Heilmittelbereiche insgesamt erfüllt sind, können bei zeitlich getrennter Nutzung Therapieräume auch für mehrere Heilmittelbereiche zugelassen werden.[2]

(4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungs-begründenden 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-

[2] Diese Regelung kann erst umgesetzt werden, wenn diese oder eine vergleichbare Regelung auch in einem oder mehreren anderen Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V aufgenommen wurde.

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 m^2-Zahl und der Deckenhöhe je Raum, sowie Aufstellung über die vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.

c) Die oder der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflicht-versicherung 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, Sanitäranlagen, 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 unbekannten 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 Verordnungsblatt (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 Datenträgeraustausches 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. Der Verzugsschaden ist durch die Leistungserbringenden bei der für den elektronischen Datenaustausch von den Krankenkassen jeweils benannten Stelle gemäß § 18 Absatz 4 anzufordern.

(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 leistungserbringer-seitigen 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, im Ermessen nach Abwägung der Schwere des Verstoßes eine schriftliche Verwarnung oder 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.