

**Rahmenvertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen
vom 01. Juli 2017**

zwischen

dem BKK-Landesverband NORDWEST

-Hauptverwaltung Hamburg-,
Süderstr. 24
20097 Hamburg

der IKK Nord,

Ellerried 1
19061 Schwerin

der KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Nord
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

(nachstehend Krankenkassen genannt)

und

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.,

Becker-Göring-Straße 26 / 1
76307 Karlsbad,

handelnd für seine Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern

(nachstehend Leistungserbringer genannt)

Präambel

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

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

§ 1 Allgemeine Grundsätze

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

§ 2 Behandlungsunterbrechungen

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

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

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

§ 3 Einsatzradius

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

§ 4 Verwendung des Institutionskennzeichens

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

§ 5 Abrechnungsregelungen

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

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

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

§ 6 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag gilt ab dem 1. Juli 2017. Für alle in diesem Vertrag und den Anlagen geregelten Leistungen gilt ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens ausschließlich dieser Vertrag. Alle anderen Verträge und deren Anlagen treten außer Kraft, soweit der vorliegende Vertrag für die in den Anlagen geregelten Bereiche Rechtswirkung entfaltet.
- (2) Der Rahmenvertrag kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2018, gekündigt werden. Bis zum Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages gilt der bisherige Rahmenvertrag weiter.
- (3) Eine Kündigung des Rahmenvertrages lässt die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsvereinbarungen (Anlage 2) unberührt. Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarungen gelten die jeweils vereinbarten Fristen.

§ 7 Salvatorische Klausel

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




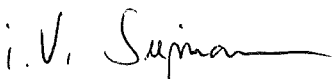
§ 8 Schriftform

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

Folgende Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:

- Anlage 1 Anerkennungserklärung
- Anlage 2 Vergütungsvereinbarung

Karlsbad, Hamburg, Schwerin, den 14. Juli 2017

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

Anlagen

Anlage 1 Anerkenniserklärung

Anlage 2 Vergütungsvereinbarungen

ANLAGE 1

Anerkenniserklärung

gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

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

**IKK Nord
BKK Landesverband NORDWEST
KNAPPSCHAFT**

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

Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. – DVE

Ich bin Mitglied im Berufsverband: Ja Nein

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift Inh./FL

Institutionskennzeichen

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

Anlage 2

Vergütungsvereinbarung

zum Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vom 14. Juli 2017
über die Erbringung und Vergütung von Heilmitteln

zwischen

dem BKK-Landesverband NORDWEST

-Hauptverwaltung Hamburg-,
Süderstr. 24
20097 Hamburg

der IKK Nord,

Ellerried 1
19061 Schwerin

der KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Nord
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

(nachstehend Krankenkassen genannt)

und

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.,

Becker-Göring-Straße 26 / 1
76307 Karlsbad,

handelnd für seine Mitglieder in Mecklenburg-Vorpommern

(nachstehend Leistungserbringer genannt)

§ 1

Gegenstand, Geltungsbereich

1. Diese Vereinbarung regelt die Vergütung von Leistungen der Ergotherapie, die an Versicherte der beteiligten Krankenkassen / -verbände im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern abgegeben werden.
2. Die Vergütung der Leistungen im Sinne dieser Vereinbarung richtet sich nach den in dieser Vergütungsvereinbarung vereinbarten Preisen. Diese Preise sind Höchstpreise im Sinne des § 125 SGB V (und umfassen als vereinbarte Bruttopreise die jeweils gültige Mehrwertsteuer). Die hiermit vereinbarten Höchstpreise bilden die Basis für eine Anschlussvergütungsvereinbarung.

§ 2

Abrechnung der Leistungen

1. Die fünfstelligen Positionsnummern entsprechen denen im Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis. Die erste Stelle der Positionsnummern beschreibt den Leistungserbringer.
2. Die in dieser Anlage vereinbarten Leistungen sind im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern mit den Krankenkassen abzurechnen. Die hierfür anzugebende Preislistennummer bzw. Leistungserbringergruppenschlüssel -LEGS- (Schlüssel Tariffkennzeichen der Anlage 3 - Schlüsselverzeichnis - zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V) lautet:

26 15 700 (Leistungen von Ergotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern)

§ 3

Inkrafttreten, Gültigkeit, Laufzeit und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01. Juli 2017 in Kraft und ersetzt die vorherige Vergütungsvereinbarung. Sie findet Anwendung für alle ärztlichen Verordnungen mit einem Ausstellungsdatum nach dem 30. Juni 2017.
Das gleiche gilt für die nächste Vergütungserhöhungsstufe am 01.05.2018.
2. Der Höchstpreis und die Fälligkeit der Zuzahlung (§ 32 SGB V) richten sich nach dem Tag der Leistungserbringung.

Für alle ärztlichen Verordnungen mit einem Ausstellungsdatum bis zum 30. Juni 2016 richten sich der Höchstpreis und die Zuzahlung für die verordneten Heilmittel nach den zuvor gültigen Preisen.
3. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum 31.08.2018, schriftlich gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung gelten die in dieser Vereinbarung genannten Preise weiter.

§ 4

Transparenzregelung

1. Das HHVG gibt für § 125 Absatz 1 Satz 4 Nr. 5 SGB V verbindlich vor, dass die Partner der Rahmenempfehlungen über Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte zu verhandeln haben. Wenngleich damit die Zuständigkeit für diesbezügliche Vorgaben ausschließlich bei den Partnern der Rahmenempfehlungen und damit auf der Bundesebene liegt, besteht zwischen den hier agierenden Vertragspartnern Einvernehmen, dass Geist und Ziel dieser Vereinbarung ist, die deutliche Erhöhung der Vergütung substanziell dazu zu verwenden, die Vergütung insbesondere der angestellten Therapeuten zeitnah zu verbessern, damit die vorhandenen Versorgungsstrukturen gesichert und -soweit erforderlich - weiterentwickelt werden können.
2. Im Hinblick auf die Bedeutung des Themas erklären die Vertragspartner zudem ihre Absicht, das ihnen Mögliche zur Unterstützung dieser gesetzlichen Transparenzvorgaben beizutragen. Weiterhin wird eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe unverzüglich nach Abschluss der Rahmenempfehlungen gegründet, die u.a. mögliche Formen des Nachweises für die Entwicklung der Vergütung der Ergotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern erarbeitet. Die Ergebnisse werden bei den zukünftigen Verhandlungen der Vergütung der Leistungen berücksichtigt

§ 5

Salvatorische Klausel

1. 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.
2. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

I. Höchstpreisvereinbarung:

Pos.-Nr.	Leistung	Preis in Euro ab 01.07.2017	Preis in Euro ab 01.05.2018
54002	Analyse des Ergotherapeutischen Bedarfs (nur einmal bei Behandlungsbeginn abrechenbar)	21,15	22,16
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	28,37	29,73
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	37,44	39,23
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	31,10	32,59
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 – 75 Minuten	47,73	50,02
54107*	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen einer motorisch-funktionellen Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) - je Einheit	28,37	29,73
54108*	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen einer sensomotorisch-perzeptiven Behandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) - je Einheit	37,44	39,23
54109*	Beratung und Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen einer psychisch-funktionellen Behandlung (bis zu 2 Einheiten an einem Tag) - je Einheit	45,72	47,91
54110**	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung je Einheit; Regelbehandlungszeit: Richtwert 120 – 150 Minuten	45,72	47,91
54209	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) bei motorisch-funktionellen Störungen - je Patient - Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 – 45 Minuten	10,82	11,34
54210	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen - je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	13,98	14,65

Pos.-Nr.	Leistung	Preis in Euro ab 01.07.2017	Preis in Euro ab 01.05.2018
54211	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) - je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 – 60 Minuten	13,98	14,65
54212	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 6 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen - je Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 – 120 Minuten	25,76	27,00
54213**	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung - je Einheit und Patient Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 – 240 Minuten	24,03	25,19
54301	Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzlich neben motorisch-funktioneller oder sensomotorischer / perzeptiver Behandlung abrechenbar)	4,31	4,52
54405	Ergotherapeutische temporäre Schiene - ohne Kostenvoranschlag	bis 149,99	bis 149,99
54406	Ergotherapeutische temporäre Schiene - nach Kostenvoranschlag	ab 150,00	ab 150,00
59932	Hausbesuchspauschale bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (nur einmal pro Regelfall abrechenbar)	11,23	11,51
59933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale), kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden	11,23	11,51
59934	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) bei Behandlung mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung / Gemeinschaft am gleichen Tag, kann nur einmal pro Tag und Patient abgerechnet werden. Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“. Der Begriff Gemeinschaft bezeichnet mindestens zwei in häuslicher Gemeinschaft befindlichen behandlungsbedürftigen Personen, insbesondere in einer Wohnung.	5,90	6,00

* Leistung kann einmal pro Regelfall zusammenhängend als Beratung erbracht und abgerechnet werden.

** 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.

Verbindliche Erläuterungen:

- II. Mit den vorstehenden Vergütungssätzen sind sämtliche Aufwendungen im Zusammenhang mit der verordneten Therapie abgegolten.
- III. Sofern sich der Praxissitz des Leistungserbringers räumlich in unmittelbarer Nähe zum Ort der Leistungserbringung befindet (z.B. innerhalb einer Einrichtung des Betreuten Wohnens), sind die Leistungspositionen 59932, 59933, und 59934 generell nicht abrechnungsfähig.

Karlsbad, Hamburg, Schwerin, den 14. Juli 2017

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