

**Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß
§ 125 Abs. 1 SGB V
über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln
zwischen**

den Spitzenverbänden der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Bundesknappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV), Köln
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung
Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), Hamburg
- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs), Moers

in der Fassung vom 25. September 2006

Präambel	4
Gegenstand der Rahmenempfehlungen (§ 1).....	5
Allgemeine Grundsätze.....	6
Heilmittel (§ 2)	6
Ziel der Heilmittelbehandlung (§ 3)	6
Leistungsgrundlagen (§ 4).....	6
Gesetzliche Zuzahlung (§ 4 a)	7
Abgabe von Heilmitteln (§ 5).....	7
Wahl des Heilmittelerbringers (§ 6).....	7
Datenschutz (§ 7).....	7
Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit	8
Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel (§ 8).....	8
Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen.....	9
Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§ 9).....	9
Qualität der Behandlung - Strukturqualität	9
Strukturqualität (§ 10).....	9
Organisatorische Voraussetzungen (§ 11).....	9
Personelle Voraussetzungen (§ 12).....	10
Vertretung (§ 13).....	10
Qualität der Versorgungsabläufe - Prozessqualität	10
Prozessqualität (§ 14)	10
Qualität der Behandlungsergebnisse - Ergebnisqualität.....	11
Ergebnisqualität (§ 15)	11
Aufbewahrungsfrist (§ 16)	11

Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt.....	12
Inhalt und Umfang der Kooperation (§ 17)	12
Verordnung (§ 18)	13
Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung	15
Wirtschaftlichkeit (§ 19)	15
Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 20)	15
Vorgaben für Vergütungsstrukturen.....	17
Allgemeine Grundsätze (§ 21).....	17
Vergütungsformen (§ 22)	17
Vertragsausschuss (§ 23)	17
Vertragsverstöße/Regressverfahren (§ 24).....	18
Inkrafttreten/Kündigung (§ 25).....	18
Salvatorische Klausel (§ 26).....	18
Gerichtsstand (§ 27).....	18
Anlagen	19

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbarten diese Rahmenempfehlungen mit dem Ziel, bundesweit eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln zu gewährleisten.

Die Partner dieser Rahmenempfehlungen verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Umsetzung der Rahmenempfehlungen Sorge zu tragen. Sie wirken darauf hin, dass diese Empfehlungen in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V umgehend berücksichtigt werden.

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Diese wurde in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einbezogen.

Gegenstand der Rahmenempfehlungen (§ 1)

(1) Zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung mit Heilmitteln regeln diese Rahmenempfehlungen unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V insbesondere:

1. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 7)
2. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit (§ 8)
3. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen (§§ 9 bis 16)
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt (§§ 17 und 18)
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung (§§ 19 und 20)
6. Vorgaben für Vergütungsstrukturen (§§ 21 bis 24)
7. Inkrafttreten und Kündigung (§§ 25 und 26)
8. Gerichtsstand (§ 27).

(2) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieser Rahmenempfehlungen.

(3) Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.

Allgemeine Grundsätze

Heilmittel (§ 2)

- (1) Heilmittel im Sinne dieser Empfehlungen sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und in der Anlage 1 dieser Empfehlungen vereinbart sind.
- (2) Heilmittel sind persönlich erbrachte medizinische Leistungen. Diese Rahmenempfehlungen umfassen Maßnahmen der
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

Ziel der Heilmittelbehandlung (§ 3)

- (1) Heilmittel dienen dazu
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (2) Bei der Heilmittelbehandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
- (3) Der zugelassene Heilmittelerbringer (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt) und die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

Leistungsgrundlagen (§ 4)

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesen Rahmenempfehlungen durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.
- (3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.

Gesetzliche Zuzahlung (§ 4 a)

Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43b SGB V vom Heilmittel-erbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

Abgabe von Heilmitteln (§ 5)

Heilmittelerbringer, welche durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Physio-, Ergo- und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung.

Wahl des Heilmittelerbringers (§ 6)

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

Datenschutz (§ 7)

- (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.

Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit

Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel (§ 8)

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung für den jeweiligen Heilmittelbereich geregelt (**Anlagen 1 a-c**).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in diesen Richtlinien mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.
- (3) Hinsichtlich Umfang und Häufigkeit der Anwendungen der Heilmittel im Regelfall gilt **Anlage 2**.

Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen

Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§ 9)

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesen Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.

Qualität der Behandlung/Strukturqualität

Strukturqualität (§ 10)

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 Therapieschehen.

Organisatorische Voraussetzungen (§ 11)

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztätig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Heilmittelerbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
- (4) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (5) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

Personelle Voraussetzungen (§ 12)

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 SGB V qualifizierten und - soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist - von entsprechend gemäß Anlage 3 weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch angestellte/freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn diese die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen.
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden.

Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch 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.

Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder einer Landesorganisation der Krankenkassen innerhalb eines Monats zu erbringen.

- (4) Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne des § 7 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPHG) vom 26.05.1994.

Vertretung (§ 13)

- (1) 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 in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen bzw. der Verbände der Ersatzkassen und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters.

Qualität der Versorgungsabläufe/Prozessqualität

Prozessqualität (§ 14)

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) 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. § 8)
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.

(3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus 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.

(4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Qualität der Behandlungsergebnisse/Ergebnisqualität

Ergebnisqualität (§ 15)

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.

Aufbewahrungsfrist (§ 16)

Die Verlaufsdocumentation nach § 14 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 7).

Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt

Inhalt und Umfang der Kooperation (§ 17)

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (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) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des nachstehenden Zeitraums begonnen werden

bei Maßnahmen der Physiotherapie:

innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung

bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie:

innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der 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 und zu dokumentieren.¹

- 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 Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.²

¹ Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

(5) 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.²
- 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 Ordnungsblatt zu dokumentieren.³ 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.
- Wird die Behandlung länger als nachstehend genannt unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit:

bei Maßnahmen der Physiotherapie:

nach 10 Tagen

bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie:

nach 14 Tagen.

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen wie bei Krankheit des Patienten.

(6) 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.

(7) Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

Verordnung (§ 18)

(1) Diagnose, Leitsymptomatik³ (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, soweit erforderlich die Therapiezeit (bei Lymphdrainage und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten

² Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.

³ Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält (z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche), muss die Leitsymptomatik (hier: Fußheberparese) nicht noch einmal wiederholt werden.

Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8) berechtigt und verpflichtet.

- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (4) Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

Wirtschaftlichkeit (§ 19)

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8)
 - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 17 Abs. 5 und 6)
 - Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - Behandlungsfrequenz
 - Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 20)

- (1) Der Landesverband der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 19 Abs. 2 einleiten. Die Verbände der Heilmittelerbringer können solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Der Landesverband der Krankenkasse bzw. die Verbände der Ersatzkassen teilt/teilen dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem vom Landesverband der Krankenkassen bzw. von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesen Empfehlungen ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet/entscheiden der Landesverband der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 24 vor und berechtigt den Landesverband der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen 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.

Vorgaben für Vergütungsstrukturen

Allgemeine Grundsätze (§ 21)

Das System zur Vergütung von Leistungen durch Heilmittelerbringer muss insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- a) Die Vergütungen für Heilmittel werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in den Rahmenvereinbarungen umfassten Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld, Geburtsvorbereitung) vereinbart.
- b) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- c) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- d) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
- e) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden.
- f) Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen gemäß Anlage 3 ist die Erteilung einer Abrechnungserlaubnis durch die Landesorganisationen der Krankenkassen.⁴
- g) Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.

Vergütungsformen (§ 22)

Abhängig vom Inhalt der Leistungen können

- a) Einzelleistungsvergütungen und
- b) ggf. pauschale Vergütungen (z. B. für standardisierte Heilmittelkombinationen: dabei sind die obligatorischen und ergänzenden Maßnahmen angemessen zu berücksichtigen)

vereinbart werden.

Vertragsausschuss (§ 23)

⁴ Der erforderliche Qualifikationsnachweis nach Anlage 3 ist den Landesorganisationen der Krankenkassen rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung.

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kann für die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und/oder der Verbände der Ersatzkassen einerseits und den Vertretern der betroffenen Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

Vertragsverstöße/Regressverfahren (§ 24)

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen schriftlich warnen; die Krankenkasse setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 23) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 11 bis 13)
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 8)
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

Inkrafttreten/Kündigung (§ 25)

- (1) Diese Rahmenempfehlungen treten am 1. August 2001 in Kraft. Die Rahmenempfehlungen insgesamt oder einzelne Anlagen können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2002, gekündigt werden.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Partner der Rahmenempfehlungen umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

Salvatorische Klausel (§ 26)

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

Gerichtsstand (§ 27)

Der Gerichtsstand ist Köln.

Anlagen

Anlage 1a : Leistungsbeschreibung Physiotherapie

Anlage 1b: Leistungsbeschreibung Ergotherapie

Anlage 1c: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Anlage 2: Umfang und Häufigkeit der Anwendungen im Regelfall

Anlage 3: Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie

Anlage 4: Fortbildungsanforderungen im Bereich Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)

Köln, Hamburg, Moers, Bonn-Bad Godesberg, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum,
Siegburg, den 25. September 2006

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittel-
verbände e.V. (BHV)

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen
e.V. (dba)

Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e. V. (dbs)

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R.

Bundesverband der Betriebs-
krankenkassen, K.d.ö.R.

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R.

See-Krankenkasse, K.d.ö.R.

Bundesverband der landwirtschaft-
lichen Krankenkassen, K.d.ö.R.

Bundesknappschaft, K.d.ö.R.

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband e.V.

Protokollnotiz zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V

vom 01. August 2001

Zu § 8 Abs. 3

Hinsichtlich der Regelungskompetenz zu Umfang und Häufigkeit der Anwendungen der Heilmittel im Regelfall bestehen seitens der Empfehlungspartner unterschiedliche Auffassungen. Daher wird die Anpassung der Anlage 2 bis zu einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung ausgesetzt.

Zu § 18

Die Partner der Rahmenempfehlungen sind sich darin einig, dass in den ersten sechs Monaten nach Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinien (1. Juli 2004) für den Fall, dass ein Vertragsarzt hinsichtlich des Indikationsschlüssels, der Frequenzangabe und der Leitsymptomatik eine unvollständige Verordnung ausstellt, der Heilmittelerbringer eine Ergänzung dieses Inhalts vornehmen kann.

Voraussetzung hierfür ist, dass diese Ergänzungen zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt einvernehmlich abgestimmt wurden. Dies ist auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

Verordnungen, die nach dem 30. Juni 2004 auf dem bisherigen dann nicht mehr gültigen Verordnungsvordrucken ausgestellt sind, werden übergangsweise begrenzt bis zum 31. August 2004 (maßgebend ist das Verordnungsdatum) im Rahmen der Abrechnung akzeptiert, soweit die erforderlichen Informationen, insbesondere der Indikationsschlüssel enthalten sind.

Zu § 20

Die Partner der Rahmenempfehlungen streben an, das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einer Prüfvereinbarung zu regeln.