

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

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

und

**dem Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK, Bochum;**

**dem Deutschen Verband für
Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln;**

dem VDB-Physiotherapieverband e.V., Berlin;

**Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die
Physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Hamburg**

über

**die Versorgung mit Leistungen
der Physiotherapie
und deren Vergütung**

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	4
§ 2 Leistungsgrundlagen.....	5
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	6
§ 4 Hausbesuche	9
§ 5 Bestätigung der Leistung	10
§ 6 Beginn der Behandlung	11
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung	12
§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen	14
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung	16
§ 9 Wahl des Leistungserbringers	18
§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht	18
§ 11 Zulassung.....	18
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis	21
§ 13 Barrierefreiheit.....	21
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung	22
§ 15 Wirtschaftlichkeit	24
§ 16 Vergütung	24
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens	25
§ 18 Abrechnungsregelungen	26
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren	30
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	30
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	31
§ 22 Schlussbestimmungen.....	32

Begriffsbestimmungen

Ärztin und Arzt	Alle an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die von dem zugelassenen Leistungserbringer mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinien	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (HeilM-RL ZÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den ARGE n gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt 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) Leistungserbringer	Die natürlichen und/oder juristischen Person(en) nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5

	SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Telemedizinische Leistungen	Telemedizinische Leistungen im Sinne dieses Vertrags sind in § 16b Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie bzw. § 15a Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte definiert. In diesem Vertrag ist die telemedizinische Leistung ausschließlich als Videotherapie bezeichnet.
Medienkompetenz	Bezeichnet die Fähigkeit sowohl die verschiedenen Medienkanäle als auch deren Inhalte kompetent und kritisch zu nutzen.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

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

- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 8:
- a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
 - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
 - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3a und 3b)
 - d) Fortbildung (Anlage 4)
 - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
 - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)
 - g) Weiterbildung (Anlage 7)
 - h) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 8)

Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft gemäß § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages schriftlich anzuerkennen. Zur Wahrung der Schriftform ist die Übermittlung z. B. per Fax oder Email ausreichend. Mit der

Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.

- (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. Für die Abrechnung besonderer Maßnahmen der Physiotherapie bedarf es einer Abrechnungserlaubnis. Die fachlichen und räumlichen Voraussetzungen sind gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V nachzuweisen.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer verbindlich anzuwenden.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Physiotherapie werden auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinien entspricht. Die Anlagen 3a und 3b dieses Vertrages konkretisieren die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinien und beschreiben die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe den Anlagen 3a und 3b 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 Heilmittel-Richtlinien.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist berechtigt und im Rahmen seiner räumlichen und personellen Kapazitäten verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der Physiotherapie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-Sharing-Verfahren ist möglich.
- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt, in der Praxis aber selbst nicht tätig wird (§ 12 Absatz 1) oder die die Qualifikation gemäß Anlage 5 selbst nicht erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer oder die fachliche Leitung nach § 3 Absatz 2 kann bis zur Dauer von 6 Monaten bei Verhinderung, Pflege einer oder eines pflegebedürftigen Angehörigen durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis vertreten werden. Der zugelassene Leistungserbringer hat der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Personalien der vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich mitzuteilen. Die

vertretende Person muss die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in der Spezifizierung nach Anlage 5 erfüllen und nachweisen. Wird der Zeitraum nach Satz 1 überschritten, ist unverzüglich eine neue fachliche Leitung zu benennen.

- (5) Leistungen, auch als telemedizinische Leistungen, dürfen grundsätzlich nur an den in § 11 der HeilM-RL bzw. § 9 der HeilM-RL ZÄ genannten Orten und unter den dort genannten Voraussetzungen erbracht werden. Zum Erreichen des Therapieziels der größtmöglichen Funktionsfähigkeit kann die Behandlung auch außerhalb der Praxisräume – im unmittelbaren räumlichen Umfeld der Praxis oder im Rahmen eines ärztlich verordneten Hausbesuchs im unmittelbaren häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten – erfolgen.
- (6) Die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und der Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V vor dem Beginn der Tätigkeit unaufgefordert nachzuweisen. Bei Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 oder dem Ende der Tätigkeit eines Leistungserbringers ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.¹
- (6a) 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) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, 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, und

¹ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

- b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student abhängig vom Lernstand unter Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Dies gilt nur für solche Leistungen, die mit Ausbildungsende abgegeben werden dürfen. Die Ausbildung der Schülerin und des Schülers in besonderen Maßnahmen der Physiotherapie, die eine gesonderte Abgabeberechtigung der Zulassungsstelle voraussetzen, erfordern die ständige Aufsicht und Anwesenheit eines entsprechend qualifizierten Leistungserbringers.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 6a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (8) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Therapie einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Über den Grund ist die oder der Versicherte zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (9) Es ist unzulässig, dass der zugelassene Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien und vollständig identischem ICD-10-Code (ggf. inkl. der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen während der laufenden Behandlungsserie Heilmittel zeitgleich erbringt und abrechnet.
- (10) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Gleichzeitig dürfen weder der Leistungserbringer noch die Krankenkassen von sich aus die Ärztin oder den Arzt in ihrer oder seiner Ordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (11) 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) bzw. in der in den Heilmittel-

Richtlinien beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.

- (12) 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 dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.
- (13) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 8) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdocumentation ist 5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren.
- (14) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (15) Hat die Ärztin bzw. der Arzt das verordnete ergänzende Heilmittel nicht näher spezifiziert, hat der Leistungserbringer unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V das indikationsbezogen wirksamste Heilmittel auszuwählen.

§ 4 Hausbesuche

- (1) Die Durchführung einer Therapie darf nur in zugelassenen Praxen erfolgen. Dies gilt nicht für vertragsärztlich verordnete Hausbesuche im Sinne des § 11 der HeilM-RL und des § 9 der HeilM-RL ZÄ. Diese können grundsätzlich von dem zugelassenen Leistungserbringer innerhalb seines üblichen Praxisbereiches nicht abgelehnt werden.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen

Leistungserbringers erbringen, ist innerhalb seines üblichen Praxisbereiches möglich.

§ 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder laut „Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog“ (Abkürzungsverzeichnis) gemäß der Heilmittel-Richtlinien und unter Angabe des Datums darzustellen und von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bei Leistungen der Manuellen Lymphdrainage ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme anzugeben. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.²
- (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 erfolgen. Ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer oder seine Leistungserbringer 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

² Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu unterzeichnen.

- (5) Bei der Standardisierten Heilmittelkombination (D) sind auf der Rückseite der Verordnung alle durchgeführten Maßnahmen darzustellen – „D“ oder „D1“ als Abkürzung ist nicht ausreichend.

§ 6 Beginn der Behandlung

- (1) Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V oder die Abrechnungsberechtigung durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde. Die Abrechnungsberechtigung ist in der Regel spätestens 4 Wochen nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen zu erteilen. Bei Vorliegen aller Dokumente und Voraussetzungen kann die Abrechnungsberechtigung auch nachträglich erteilt werden.
- (2) Erfolgt die ambulante Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V, gilt § 3 Absatz 6 entsprechend.
- (2a) Maßnahmen, die nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) eine Zusatzqualifikation erfordern, dürfen nur von Leistungserbringern erbracht werden, die eine Qualifikation gemäß Anlage 7 erworben und nachgewiesen haben. Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist die vorherige Erteilung einer Abrechnungsbefugnis durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V.
- (3) Sofern die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, hat die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a der HeilM-RL hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. Ansonsten muss mit der

Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.

- (4) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Eine nachträgliche Korrektur des dringlichen Behandlungsbedarfs ist nur innerhalb der 14-Tagesfrist möglich. Das Nähere ist in den Anlagen 3a und 3b geregelt.

§ 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 der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen. Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich die Ärztin oder den Arzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
- (2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungseinheiten je Verordnung erreicht, ist die Therapie zu beenden.
- (3) Bricht der zugelassene Leistungserbringer die Therapie z. B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der oder des Versicherten ab, informiert er die Ärztin oder den Arzt hierüber. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (3a) Eine Verordnung mit bis zu 6 verordneten Behandlungseinheiten verliert 3 Monate, eine Verordnung mit mehr als 6 Behandlungseinheiten 6 Monate nach dem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit. Die Behandlung ist nach Ablauf der Gültigkeitsdauer der Verordnung abzubrechen.

Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Die Behandlung kann in den Ausnahmefällen:

- a) therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T),
- b) Krankheit der oder des Versicherten/des Leistungserbringers (K) und
- c) Ferien bzw. Urlaub der oder des Versicherten/des Leistungserbringers (F)

länger als 14 Kalendertage unterbrochen werden. Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) auf dem Verordnungsblatt.

Die Beurteilung, ob durch die Dauer der Unterbrechung das Therapieziel gefährdet ist, obliegt dabei allein dem Leistungserbringer. Es muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. 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) Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 16a HeilM-RL können für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden. Die Behandlung 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.
- (5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose (ggf. an derselben Lokalisation) und Diagnosegruppe begonnen wird.

§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen

- (1) Die zugelassenen Leistungserbringer können neben einer Therapie in Präsenz auch telemedizinische Leistungen per Video anbieten.
- (2) Telemedizinische Leistungen sind durch den Leistungserbringer in den nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen abzugeben.
- (3) Die Erbringung einer Therapie als telemedizinische Leistung darf keine Voraussetzung für die Annahme der Verordnung durch den zugelassenen Leistungserbringer sein.
- (4) Telemedizinische Leistungen sind, ebenso wie Therapien in Präsenz, entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) abzugeben. Die nach den Heilmittel-Richtlinien erforderlichen Verlaufskontrollen sind Teil der unter § 7a Abs. 5 aufgeführten Leistungen gemäß Anlage 1.
- (5) Telemedizinische Leistungen in der Physiotherapie können für folgende Maßnahmen durchgeführt und entsprechend unter Angabe der jeweiligen Positionsnummern abgerechnet werden:
 - a. Allgemeine Krankengymnastik Einzelbehandlung; kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
 - b. Allgemeine Krankengymnastik Gruppenbehandlung (2–5 Patienten); kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
 - c. Krankengymnastik zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Atmungsorgane (KG Muko); kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
 - d. KG-ZNS-Kinder nach Bobath; von den verordneten Behandlungseinheiten können bis zu 3 Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden, dies gilt insbesondere für die Anleitung der Bezugspersonen
 - e. KG-ZNS-Erwachsene nach Bobath; von den verordneten Behandlungseinheiten können bis zu 3 Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden, dies gilt insbesondere für die Anleitung der Bezugspersonen

- f. Manuelle Therapie Einzelbehandlung; von den verordneten Behandlungseinheiten kann bis zu 1 Behandlungseinheit als telemedizinische Leistung erbracht werden
- (6) Die Behandlung per Video kann nur im gegenseitigen Einverständnis zwischen Leistungserbringer und Versichertem und nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung schriftlich vereinbart werden. Sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherte kann die Behandlung per Video jederzeit ablehnen. Im Falle einer Ablehnung ist die Behandlung als Präsenztherapie durchzuführen. Hat die Behandlungsserie per Video bereits begonnen, kann der Versicherte im Laufe der weiteren Behandlungsserie seine Einwilligung zur Behandlung per Video widerrufen.
- (7) Die Behandlung muss auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den zugelassenen Praxisräumen des zugelassenen Leistungserbringers durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Der zugelassene Leistungserbringer soll dabei sicherstellen, dass die Behandlung grundsätzlich durch den Leistungserbringer durchgeführt bzw. fortgeführt wird, der dem Patienten zuvor telemedizinische Leistungen abgeben hat.
- (8) Eine Leistung kann telemedizinisch erbracht werden, wenn der oder die Versicherte körperlich und psychisch dazu in der Lage ist und über eine ausreichende Medienkompetenz verfügt um die Leistung in telemedizinischer Form anzunehmen. Beim Versicherten muss eine störungsfreie Umgebung gegeben sein, die einen geschützten Raum ermöglicht und eine angemessene Privatsphäre sicherstellt. Eine stabile Internetverbindung muss vorhanden sein. Davon abweichend können Behandlungen nach § 11 Abs. 2 HeilM-RL sowie von hilfs- oder pflegebedürftigen Personen telemedizinisch in Anspruch genommen werden, wenn eine Betreuungsperson während der Behandlung im selben Raum oder ein persönlicher Ansprechpartner dem Leistungserbringer vorab benannt und während der Behandlung erreichbar ist.
- (9) Die Bestätigung der Behandlung per Video erfolgt vom Versicherten auf digitalem Weg oder per Fax nach der Therapie (§ 5 Abs. 2 und 4 sind zu berücksichtigen). Sofern ein Videodienstanbieter einen Nachweis über die Durchführung einer telemedizinischen Leistung anbietet, kann dieser Nachweis als PDF erfolgen. Alternativ kann dieser in Einzelfällen in Form eines

Verbindungsnachweises unter Angabe der Dauer und des Datums der telemedizinischen Leistungen erfolgen. Abweichend von § 5 Abs. 1 können bei den durchgeführten Präsenzterminen Unterschriften der Versicherten auch nachträglich auf der Verordnung als Bestätigung der bereits per Video durchgeführten Behandlung(en) erfolgen. Die Bestätigung ist in der Patientenakte zu archivieren. Die Bestätigung der Leistung durch den Versicherten ist auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse an diese zu übermitteln. Auf der Rückseite der Verordnung ist am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ vom Leistungserbringer der Begriff „TM“ einzutragen.

§ 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 vom zugelassenen Leistungserbringer auch nur bis zu dieser Höhe zu erheben.
- (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 den Leistungserbringer und die Krankenkasse bindend. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird.
- (3) Bei Verordnungen, bei denen die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt wird, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus durch Vorlage des neuen Befreiungsausweises zu prüfen. Entspricht dabei die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der Versicherten oder des Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.
- (4) Für die Ermittlung der Höhe der Zuzahlungspflicht in Höhe von 10% der Heilmittelkosten ist der Zeitraum der Leistungserbringung ausschlaggebend. Für die Zahlung der Verordnungsblattgebühr ist der erste Behandlungstag der

Verordnung maßgebend. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Der zugelassene Leistungserbringer hat die Versicherten vor Beginn der Behandlung über die Zuzahlungspflicht und über die Fälligkeit der Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung aufzuklären. Sofern die oder der Versicherte ihre oder seine Zuzahlung geleistet hat, erhält sie oder er darüber eine Quittung. Auf der Quittung ist auf den Erstattungsanspruch bei zu viel entrichteter Zuzahlung hinzuweisen. Sofern die Zuzahlung nicht am ersten Behandlungstag entrichtet wurde, hat der zugelassene Leistungserbringer ab dem Tag der zweiten Behandlung die Versicherten schriftlich an die Zuzahlung zu erinnern und ihnen eine Zahlungsfrist von 14 Kalendertagen einzuräumen. Zahlt die oder der Versicherte trotz dieser gesonderten schriftlichen Aufforderung die Zuzahlung bis zum Ende der Behandlungsserie bzw. bis zum Ablauf der Zahlungsfrist nicht, hat die Krankenkasse gemäß § 43 Absatz 1 Satz 2 SGB V die Zuzahlung einzuziehen. In diesem Fall berechnet die Praxis die Brutto-Preise und verwendet bei der Abrechnung der Zuzahlung gemäß Ziffer 8.1.3 der Anlage 3 der Abrechnungsrichtlinie nach § 302 Absatz 2 SGB V den Schlüssel 2 (2= keine Zuzahlung trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung).

- (5) Vom zugelassenen Leistungserbringer zu viel eingezogene Zuzahlungen (z. B. bei vorzeitigem Behandlungsabbruch) sind von diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; der oder dem Versicherten wird nach Rückgabe der ursprünglich ausgestellten Quittung eine neue Quittung ausgestellt.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Die vertraglich geregelte Einziehung der Zuzahlung durch den zugelassenen Leistungserbringer 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 des Leistungserbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Ärztinnen oder Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl der oder des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Absatz 5b SGB V wird hingewiesen.

§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht

Der zugelassene Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG oder KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.

§ 11 Zulassung

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

Der Leistungserbringer

- a) besitzt die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis,

- 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 der zugelassene Leistungserbringer selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a. muss verpflichtend sichergestellt werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen.
- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrages nach § 125 SGB V.
- (4) Zulassungsrelevante Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer oder der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und mindestens 2 Wochen vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat der zugelassene Leistungserbringer die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.
- (5) Die Praxis muss für die Versicherten zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Physiotherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein. Die Praxisräume sollen zusammenhängend sein. Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Heilmitteldisziplin angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die für diese Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. Wartebereich und Toiletten können gemeinsam genutzt werden.

- (6) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen oder vorzulegen:
- a) Qualifikation: Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
 - b) Praxisausstattung: Nachweis über das Eigentum oder das Recht an der Praxisnutzung (Mietvertrag, etc.), Raumskizze inkl. der Angabe der m²-Zahl und der Deckenhöhe je Raum, sowie Aufstellung über die vorhandenen Geräte.
 - c) Sonstiges: Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister, ggf. vergleichbare Nachweise.
- (7) Die Zulassung endet, wenn diese vom zugelassenen Leistungserbringer zurückgegeben wird oder wenn diese von der zulassenden Stelle widerrufen wird. Sie endet ferner bei Aufgabe, Verlegung oder Verkauf der Praxis. Im Falle der Verlegung – ohne Inhaberwechsel – werden im Zulassungsverfahren die räumlichen Anforderungen geprüft, nicht jedoch die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen. Im Falle des Verkaufs – ohne Verlegung – werden die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen der neuen Praxisinhaberin oder des neuen Praxisinhabers sowie die Pflichtausstattung geprüft, nicht jedoch die räumlichen Anforderungen.
Die Zulassung endet bei Änderung der Rechtsform einer Heilmittelpraxis. Endet die Zulassung aufgrund einer Änderung der Rechtsform, werden im Zulassungsverfahren nur die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen sowie die Pflichtausstattung geprüft, nicht jedoch die räumlichen Anforderungen. Die Zulassung endet nicht, wenn weitere Personen in eine Personengesellschaft und/oder juristische Personen aufgenommen werden oder wenn Personen aus einer Personengesellschaft und/oder juristische Personen ausscheiden.
- (8) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:
- a) Heilmittelbereich
 - b) Abrechnungserlaubnis nach § 124 Absatz 2a SGB V

- c) Name der Praxis
- d) Anschrift
- e) Telefonnummer
- f) E-Mail (optional)
- g) Homepage (optional)
- h) Barrierefreiheit/rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein)
- i) Zusatzausstattungen gemäß Anlage 5 (z.B. Bewegungsbad ja/nein etc.)
- j) Angaben zu § 125a SGB V

Der zugelassene Leistungserbringer stellt sicher, dass die Angaben gemäß c), e) bis i) stets aktuell bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V vorliegen.

§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Aus der Einbindung der zugelassenen Leistungserbringer 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 geöffnet ist. Hiervon ausgenommen sind temporäre Abwesenheiten während der Öffnungszeiten aufgrund der Durchführung von ärztlich verordneten Hausbesuchen, der Erbringung von Leistungen in Einrichtungen nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ, Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung.
- (2) Werden einem Leistungserbringer 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

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. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.

§ 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.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Bemühung um Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem zugelassenen Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien,
 - 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 13.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Tagen mit Mitteilung über die Durchführung, den Anlass und den zeitlichen Umfang der Prüfung Zugang zur Praxis zu gewähren. Der Praxisablauf darf dabei nicht gestört werden.³
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 3 Absatz 6, die Verlaufsdokumentation und andere sich aus dieser Vereinbarung ergebende Nachweise. Dem Datenschutz ist dabei

³ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

umfassend Rechnung zu tragen. Behandlungsunterlagen (wie der Verlaufsdocumentation und Befundergebnisse) dürfen durch den Leistungserbringer ausschließlich dem Medizinischen Dienst vorgelegt werden.

4

- (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 dem zugelassenen Leistungserbringer und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband zur Verfügung zu stellen.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung des zugelassenen Leistungserbringers, welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Beanstandungen und innerhalb welcher 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, die in § 20 beschriebenen 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) Der zugelassene Leistungserbringer oder die fachliche Leitung hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Die Leistungserbringer haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 4, 5 und 6 erfüllen. Die Inhalte und das Verfahren zum Nachweis über die absolvierten Fortbildungen sind auf Anforderung der Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

⁴ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

§ 15 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in dem notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - a) Abstimmung des physiotherapeutischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt,
 - 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.

§ 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Leistungen, soweit die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 erfüllt

sind. Wird nachträglich festgestellt, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu Unrecht die Zuständigkeit einer Krankenkasse angenommen hat, führt dies nicht zum Verlust des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers gegenüber der auf dem Verordnungsvordruck angegebenen Krankenkasse. Dies gilt nur, sofern dem Leistungserbringer dies nicht bekannt sein konnte.

- (3) Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher, soweit möglich, vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.

§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V für jede Betriebsstätte/jeden Standort/jeden Heilmittelbereich über ein Institutionskennzeichen (IK), das 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. Der zugelassene Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass 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 mehrere Leistungserbringer ist der behandelnde

Leistungserbringer oder sind die behandelnden Leistungserbringer in der Abrechnung namentlich zu nennen. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

- (3) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Stilllegung des IK darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

§ 18 Abrechnungsregelungen

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern 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 Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2 SGB V).

- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassenen Leistungserbringer monatlich bis zu 3-mal 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 Leistungserbringern 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) Der zugelassene Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:
 - a) IK des Leistungserbringers
 - 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, Zahnarztverordnung) im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (9) Sofern die Heilmittelverordnung einen oder zwei ICD-10-Schlüssel in den dafür vorgesehenen Feldern enthält, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.

- (10) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist nach 9 Monaten geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z. B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können innerhalb der 9 Monatsfrist – auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Beanstandungen müssen nachvollziehbar begründet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Widerspricht der zugelassene Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform unter Beifügung der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (11) Sofern bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisveräußerung oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch die Versicherte oder den Versicherten Leistungen einer Verordnung von 2 verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist durch Information an die Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse die zweite 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 den zugelassenen Leistungserbringer bedarf (§ 286 BGB). Im Weiteren gilt § 288 BGB.

- (13) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer oder der von ihm beauftragte Dienstleister 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 IK, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, 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. Der zugelassene Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.
- (14) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (15) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben und die auf dem Verordnungsvordruck im Feld „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ entsprechend gekennzeichnet sind, können vom zugelassenen Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an die Versicherte oder den Versicherten.

§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren⁵

Sofern sich ein, mehrere oder alle zugelassenen Leistungserbringer 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.

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen⁶

- (1) Verstößt ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß"), so sind die betroffenen Krankenkassen nach dessen Anhörung berechtigt,
 - a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
 - b) eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn der Verstoß nicht mehr andauert,
 - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen,

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

- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
 - a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung,
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,

⁵ Dieser Paragraf ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

⁶ Dieser Paragraf ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

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

§ 20a Vertragsausschuss⁷

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen hinsichtlich dieses Vertrages bilden der GKV-Spitzenverband und die heilmittelerbringerseitigen Vertragspartner einen Vertragsausschuss. Dieser ist durch die jeweiligen Vertragspartner paritätisch zu besetzen. Die Entscheidungen des Vertragsausschusses haben für die Krankenkassen und die zugelassenen Leistungserbringer empfehlende Wirkung.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen. Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2021 in Kraft⁸. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, erstmals zum 31.07.2022 schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.
- (2) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner zu informieren.
- (3) Die Anlagen nach § 1 Absatz 2 lit. a) und c) bis e) können unter Einhaltung der Frist nach Absatz 1 gesondert gekündigt werden. Für die Kündigung der Anlage nach § 1 Absatz 2 lit. b) gilt die dort vereinbarte Frist. Die Gültigkeit

⁷ Dieser Paragraph ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

⁸ Das Inkrafttreten ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 11–21 vom 21.07.2021 festgesetzt.

dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.⁹

- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittel-Richtlinien, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.
- (5) Dieser Vertrag gilt solange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wurde, dies gilt auch für die Anlagen gemäß § 1 Absatz 2 lit. a) und c) bis e).¹⁰

§ 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 wirtschaftlichen Zielsetzung 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.

⁹ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

¹⁰ Dieser Paragraph ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

- (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 geklärt.