

Rahmenvertrag

nach § 125 Absatz 2 SGB V

zwischen

dem Verband Physikalische Therapie,
Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.,
- Landesgruppe Weser-Ems -,

dem Marnitz-Bund,
Vereinigung von Masseurinnen, Masseuren und med. Bademeistern,
Krankengymnasten e. V.,

dem Bundesverband selbstständiger PhysiotherapeutInnen - IFK e. V.,

dem VDB Physiotherapie Verband
- Landesverband Niedersachsen-Bremen e. V.,

dem Deutschen Verband für Physiotherapie
- Zentralverband der Krankengymnasten/
Physiotherapeuten (ZVK) e. V.,
Landesverband Bremen e. V.

- im folgenden Berufsverbände genannt -

und

der AOK Bremen/Bremerhaven,
zugleich für die Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Hannover/See-Krankenkasse,

dem BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen,

der IKK Bremen und Bremerhaven,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau/
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung in Bremen

- im folgenden Landesverbände genannt -

Inhaltsverzeichnis

	Inhalt	Seite
§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich	4
	- Allgemeine Grundsätze -	
§ 2	Heilmittel	5
§ 3	Ziel der Heilmittelbehandlung	5
§ 4	Leistungsgrundlagen	5
§ 5	Abgabe von Heilmitteln	6
§ 6	Wahl des Heilmittelerbringers	6
§ 7	Datenschutz	6
	- Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit der Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit -	
§ 8	Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel	6
	- Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen -	
§ 9	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	7
	- Qualität der Behandlung -	
	- Strukturqualität -	
§ 10	Strukturqualität	7
§ 11	Organisatorische Voraussetzungen	7
§ 12	Personelle Voraussetzungen	8
§ 13	Vertretung	8
	- Qualität der Versorgungsabläufe -	
	- Prozessqualität -	
§ 14	Prozessqualität	9

	Inhalt	Seite
	- Qualität der Behandlungsergebnisse -	
	- Ergebnisqualität -	
§ 15	Ergebnisqualität	9
§ 16	Aufbewahrungsfrist	10
	- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heil-	
	mittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt -	
§ 17	Inhalt und Umfang der Kooperation	10
§ 18	Verordnung	11
	- Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungs-	
	erbringung und deren Prüfung -	
§ 19	Wirtschaftlichkeit	12
§ 20	Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung	12
	- Vorgaben für Vergütungsstrukturen -	
§ 21	Allgemeine Grundsätze	13
§ 22	Vergütungsformen und Rechnungslegung	14
§ 23	Vertragsausschuss auf Landesebene	14
§ 24	Vertragsverstöße, Regressverfahren	15
§ 25	In-Kraft-Treten/Kündigung	15
§ 26	Salvatorische Klausel	15

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung mit Heilmitteln regelt diese Vereinbarung unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien (siehe auch § 25) 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 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. In-Kraft-Treten und Kündigung (§§ 25 und 26).
- (2) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (3) Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.
- (4) Diese Vereinbarung gilt :
 - a) für die Krankenkassen der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten,
 - b) für die Mitglieder der Berufsverbände (Anlage 1 Anerkenntniserklärung),
 - c) für Behandler, die nicht Mitglieder der Berufsverbände sind, sofern sie im Rahmen der Zulassung diese Vereinbarung anerkennen (Anlage 1 Anerkenntniserklärung).
- (5) Für Anspruchsberechtigte nach Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), dem Zivildienstgesetz (ZDG), gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.

- (6) Leistungserbringer, die nach den bisher gültigen Vereinbarungen zugelassen waren, bleiben weiterhin zugelassen.

- Allgemeine Grundsätze -

**§ 2
Heilmittel**

- (1) Heilmittel im Sinne dieser Vereinbarung sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und dort in der Anlage 1 vereinbart sind.
- (2) Heilmittel sind persönlich erbrachte medizinische Leistungen. Hierzu gehören Maßnahmen der Physiotherapie

**§ 3
Ziel der Heilmittelbehandlung**

- (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.

**§ 4
Leistungsgrundlagen**

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht.

- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter (siehe auch § 12 Abs.4) 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.

§ 5

Abgabe von Heilmitteln

Heilmittelerbringer, welche durch die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Physiotherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen (siehe Protokollnotiz). Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung Physiotherapie (Anlage 2).

§ 6

Wahl des Heilmittelerbringers

- (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. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere ist z. B. zu beachten, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringern und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, nicht gestattet ist.

§ 7

Datenschutz

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 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 -

§ 8

Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung für den Bereich der Physiotherapie geregelt (Anlage 2).
- (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 (siehe auch § 25).

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

§ 9

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesen Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (3) Das Verfahren hinsichtlich der Überprüfung der Qualitätssicherung wird in einer Prüfvereinbarung vereinbart.

**- Qualität der Behandlung -
-Strukturqualität-**

§ 10

Strukturqualität

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.

§ 11 Organisatorische Voraussetzungen

- (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 fachlichen 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.

§ 12 Personelle Voraussetzungen

- (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 weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn der freie Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllt.
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter, seine freien und angestellten Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre in der Regel extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen 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, wenn sie unter persönlicher Anleitung und Aufsicht des Zugelassenen tätig werden.

§ 13 Vertretung

- (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/Erziehungsurlaubes 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 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen 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-

§ 14 Prozessqualität

- (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 Patienten im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachten therapeutischen Leistungen, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung (z. B. Abweichungen von der Regelbehandlungszeit).

**- Qualität der Behandlungsergebnisse -
-Ergebnisqualität-**

**§ 15
Ergebnisqualität**

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.

**§ 16
Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdokumentation 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 -**

**§ 17
Inhalt und Umfang der Kooperation**

- (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 Vertragsarzt, 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 Verordnungsweise 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 von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.
 - 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.¹

¹ Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.¹
- Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit:

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

(6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Der Heilmittelerbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt jeweils gegen Ende einer Behandlungsserie gemäß des Verordnungsvordrucks 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.

§ 18 Verordnung

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten 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 oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson, im Einzelfall (Behandlung von pflegebedürftigen Patienten) auch später durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

- Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung -

§ 19 Wirtschaftlichkeit

- (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.

§ 20 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Landesverbände der Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 19 Abs. 2 einleiten. Die Verbände der Heilmittelerbringer können solche Maßnahmen beantragen.

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen teilen dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (2) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem vom Landesverband der Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (3) 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 Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesen Empfehlungen ergebende Nachweise.
- (4) 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.
- (5) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (6) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 5 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 24 vor und berechtigt die Landesverbände der Krankenkassen entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (7) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- (8) Das Verfahren hinsichtlich der Überprüfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird in einer Prüfvereinbarung vereinbart.

- Vorgaben für Vergütungsstrukturen -

**§ 21
Allgemeine Grundsätze**

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 im Vertrag umfassten Leistungen und 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 (Anlage 4). 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. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- e) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden.

Der Zuzahlungsbetrag ist gemäß § 32 Abs.2 SGB V vom Heilmittelerbringer einzuziehen.

**§ 22
Vergütungsformen und Rechnungslegung**

- (1) 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.
- (2) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

- (3) Bei Anwendung des Datenträgeraustausches (DTA) erfolgt die Vergütung der Rechnung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse. Bei Nichtanwendung des DTA (sogenannte Handabrechner) erfolgt die Vergütung der Rechnungen innerhalb von vier Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Differenzen aus vorhergehenden Abrechnungen können verrechnet werden; Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (4) Widerspricht der (die) Zugelassene oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 6 Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
- (6) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), dem Zivildienstgesetz (ZDG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

§ 23

Vertragsausschuss

- (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 einerseits und den Vertretern der betroffenen Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung und ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 24

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen 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 im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 23) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EUR 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.

§ 25

In-Kraft-Treten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Dezember 2002 in Kraft und ersetzt die Verträge vom 24.01.1990 zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden ZVK und IFK sowie vom 20.06.1990 mit den Verbänden Marnitz-Bund und VPT. Der Vertrag insgesamt oder einzelne Anlagen können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2003, gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt. Bei einer Kündigung bzw. Teilkündigung bestehen die Regelungen dieses Rahmenvertrages bzw. der jeweiligen Anlage bis zu einer neuen vertraglichen Regelung unverändert weiter.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (3) Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarung (siehe Anlage 3) gilt die jeweils vereinbarte Frist.

§ 26

Salvatorische Klausel

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

Anlage 1: Anerkenntniserklärung

Anlage 2: Leistungsbeschreibung Physiotherapie nebst Anlagen
(standardisierte Heilmittelkombinationen D 1 und D 2)

Anlage 3: Vergütungsvereinbarung

Protokollnotiz zu § 5

Die Vertragsparteien haben im Rahmen der Vertragsverhandlungen über die Frage diskutiert, ob die Kostenträger vor dem Behandlungsbeginn grds. auch in Regelfällen eine Genehmigung der vertragsärztlichen Heilmittelverordnungen durch die Krankenkasse verlangen können.

Zu dieser Frage konnte zwischen den Vertragsparteien keine Einigkeit erzielt werden.

Protokollnotiz zu den §§ 9 und 20

Die Partner des Rahmenvertrages streben an, das Nähere zur Überprüfung der Qualitätssicherung bzw. zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einer Prüfvereinbarung zu regeln.

Bremen, den 25. November 2002

Verband Physikalische Therapie,
Vereinigung für die physiotherapeutischen
Berufe (VPT) e. V.
- Landesgruppe Weser-Ems -

AOK Bremen/Bremerhaven,
zugleich für die Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Hannover/
See-Krankenkasse

Marnitz-Bund
Vereinigung von Masseurinnen, Masseuren
und Med. Bademeistern,
Krankengymnasten e. V.

BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen

Bundesverband selbständiger
PhysiotherapeutInnen - IFK e. V.

IKK Bremen und Bremerhaven,
zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau, handelnd als Landesverband für
die landwirtschaftliche Krankenversicherung
in Bremen

VDB Physiotherapie Verband
- Landesverband Niedersachsen-
Bremen e. V. -

Deutscher Verband für Physiotherapie
- Zentralverband der Krankengymnasten/
Physiotherapeuten (ZVK) e. V.