

R A H M E N V E R T R A G

über die Versorgung mit Heilmitteln (physiotherapeutische Leistungen) durch Krankengymnasten/Physiotherapeuten, Masseur, Masseurin und medizinische Bademeister in Hessen

Zwischen

dem Deutschen Verband für Physiotherapie-
Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.
-Landesverband Hessen e.V.-
Niederräder Landstr. 66, 60528 Frankfurt

dem Bundesverband selbstständiger PhysiotherapeutInnen -IFK e.V.
Königsallee 178a, 44799 Bochum,

dem VPT - Verband Physikalische Therapie
Postfach, 61273 Wehrheim,

dem VDB-Physiotherapieverband - Landesverband Hessen e.V.
Stephanstraße 44, 35390 Gießen

- in Vollmacht handelnd für ihre Mitglieder-

einerseits

und

1. der AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg
2. dem BKK Landesverband Hessen, Frankfurt/Main
für die Betriebskrankenkassen
3. der IKK Hessen, Wiesbaden
4. der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland,
Darmstadt und Kassel
handelnd als Landesverband zugleich auch für die Krankenkasse für den
Gartenbau
sowie
5. der Bundesknappschaft, Geschäftsstelle Kassel, Kassel

(nachstehend "Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen" genannt)

andererseits

wird auf der Grundlage des § 125 Abs. 2 SGB V folgender Rahmenvertrag
geschlossen:

Präambel

Dieser Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. 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.

Die Vertragspartner verpflichten sich zudem, nicht aus eigenwirtschaftlichen Interessen den Grundsatz der Gleichbehandlung zu verletzen.

§ 1 Gegenstand des Rahmenvertrages und Geltungsbereich

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

1. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 7)
2. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit (§ 8)
3. Maßnahmen zur 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 22)
7. Inkrafttreten und Kündigung (§§ 23 und 24)

(2) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

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

(4) Dieser Vertrag gilt

- a) für die an ihm beteiligten Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen bzw. deren Mitgliedskassen;
- b) für Mitglieder des Deutschen Verbandes für Physiotherapie-Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V. - Landesverband Hessen e.V.-, Bundesverbandes selbstständiger PhysiotherapeutInnen – IFK e.V., VPT – Verband Physikalische Therapie und

VDB – Physiotherapieverbandes – Landesverband Hessen e.V.,
soweit sie den Verpflichtungsschein (Anlage1) unterzeichnet haben;

- c) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied der o.g. Berufsverbände (vgl. Absatz 4 Buchstabe b) sind, soweit sie den Verpflichtungsschein (Anlage 1) unterzeichnet haben.

- Allgemeine Grundsätze -

§ 2 Heilmittel

- (1) Heilmittel im Sinne dieses Rahmenvertrages sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und in der Anlage 2 dieses Rahmenvertrages 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 diesem Rahmenvertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Die Verpflichtung gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen.

(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/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. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 3).

§ 6

Wahl des Heilmittelerbringers

(1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei, sie dürfen bei dieser Wahl nicht beeinflusst werden.

(2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer.

(3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

§ 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 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 geregelt (Anlage 3).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in diesen Richtlinien mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.
- (3) Hinsichtlich Umfang und Häufigkeit der Anwendungen der Heilmittel im Regelfall gelten die jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien und die zugehörigen Anlagen.

- 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/Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.
Die Prüfung im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Ankündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen. Die Ankündigung soll in einer angemessenen Frist erfolgen.
Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Der Vertreter der Krankenkassen hat sich auszuweisen. Der Umfang und das Ergebnis der Prüfung sind in einem Bericht festzuhalten. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen; die Mitteilung soll innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Prüfung dem Leistungserbringer zugehen.

Protokollnotiz: Die Vertragspartner streben an, dass weitere Verfahren in einer Prüfvereinbarung zu regeln.

**- 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 Therapiegeschehen.

§ 11

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Zur Anwesenheit zählt auch die Durchführung von Hausbesuchen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist auf Aufforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und nach Möglichkeit 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 im gesetzlichen Rahmen 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 - 3 Jahre grundsätzlich extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen/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.

§ 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/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz /Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 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/Krankenkassen und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Heilmittelerbringer haftet im gesetzlichen Rahmen 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, soweit nicht bereits anderweitig geregelt,
 - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung hinsichtlich der Durchführung der physiotherapeutischen Maßnahmen am Patienten (vgl. Ziffer 2,

Spiegelstrich 3 der Leistungsbeschreibung) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

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

**- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit
des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt -**

**§ 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 Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung bei Maßnahmen der Physiotherapie 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 (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist).
Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 20 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen wurde.
- 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 mit Datum der Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt zu begründen. 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 (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist).
- 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 wie bei Krankheit des Patienten.
Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 20 Tagen fortgeführt wurde.

(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 dar zu stellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten bzw. seinem gesetzlichen/bevollmächtigten Vertreter 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 geringst möglichem 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

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 19 Abs. 2 einleiten. Die Verbände der Heilmittelerbringer können solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen teilen dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Die Prüfung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Ankündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkasse. Die Ankündigung soll in einer angemessenen Frist erfolgen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist von den Landesverbänden der Krankenkassen/Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Der Vertreter hat sich gegenüber dem Heilmittelerbringer auszuweisen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation (sind ggf. dem MDK vorzulegen), die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen; die Mitteilung soll innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Prüfung dem Leistungserbringer zugehen. Die Mitteilung ist vom Leistungserbringer bis zur nächsten Prüfung aufzubewahren.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband zur Anhörung hinzuzuziehen.

(7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß vor.

(8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

- 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 in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs.1 SGB V umfassten Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld, Geburtsvorbereitung) vereinbart und gem. der Anlage 2 dieses Rahmenvertrages vergütet.
- b) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbarem Datenträgern erfolgt innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- c) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- d) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
- e) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zahlungen nicht gefordert werden.

§ 22

Vergütungsformen

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.

§ 23

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 1. September 2002 in Kraft. Der Rahmenvertrag insgesamt oder einzelne Anlagen – außer die Anlage 2, hier gilt eine separate Kündigungsfrist – können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2003, gekündigt werden.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Partner des Rahmenvertrages umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (3) Hiervon unberührt bleiben bereits erteilte Zulassungen gem. § 124 SGB V bestehen.
- (4) Bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages gelten die Bestimmungen der alten Vereinbarung weiter.

§ 24

Salvatorische Klausel

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

Die unwirksame Bestimmung ist durch eine sinngemäß wirksame Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

Anlage 1: Verpflichtungsschein

Anlage 2: Vergütungsvereinbarung

Anlage 3: Leistungsbeschreibung

Anlage 3a: Ergänzende Anlage zur Leistungsbeschreibung Physiotherapie (Anlage 3)
– standardisierte Heilmittelkombination D1

Anlage 3b: Ergänzende Anlage zur Leistungsbeschreibung Physiotherapie (Anlage 3)
– standardisierte Heilmittelkombination D2

Bochum,
Wehrheim,
Gießen,
Bad Homburg v. d. H.,
Frankfurt am Main, den 15. August 2002
Wiesbaden,
Kassel,

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

VPT - Verband Physikalische Therapie

AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen

IKK Hessen

Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen,
Rheinland-Pfalz und Saarland

Bundesverband selbstständiger
PhysiotherapeutInnen -IFK e.V.

VDB-Physiotherapieverband

BKK Landesverband Hessen

Bundesknappschaft,
Geschäftsstelle Kassel

**Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Heilmitteln in Hessen vom
15. August 2002:**

Für vertragsärztliche Verordnungen mit Verordnungsdaten ab dem 01. September
2002 bis einschließlich 31. Dezember 2002 gilt folgendes:

Wird dem Therapeuten eine fehlerhafte Heilmittelverordnung (z.B. ohne Leitsymptomatik) übergeben, so ist zunächst in jedem Fall nachdrücklich gegenüber dem Vertragsarzt darauf hinzuwirken, dass eine den Heilmittel-Richtlinien entsprechende Ergänzung der Heilmittelverordnung vorgenommen wird.

Sollte sich der Arzt einer Ergänzung der Heilmittelverordnung verweigern, kann in diesem Fall die Behandlung auf Basis der unvollständigen Verordnung aufgenommen werden. Der Vergütungsanspruch der Therapeuten bleibt dabei uneingeschränkt erhalten. Der Krankenkasse ist jedoch eine Kopie der entsprechend gekennzeichneten Verordnung zuzuleiten. Die Krankenkasse informiert ihrerseits ggf. die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Die Krankenkasse behandelt die Meldung des Therapeuten vertraulich. Insbesondere in der Korrespondenz mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird angestrebt, jeden Hinweis auf den Therapeuten zu unterlassen.