

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Physikalischen Therapie nach § 125 Abs. 2 SGB V

zwischen

dem Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK e. V.
Lise-Meitner-Allee 2, 44801 Bochum

**nachfolgend Berufsverband genannt
- als Vertragspartner einerseits**

und

der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*
Hildesheimer Str. 273
30159 Hannover

der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen
Hamburger Allee 61
30161 Hannover

dem IKK-Landesverband Niedersachsen
Anderter Straße 49
30629 Hannover

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen*
Im Haspelfelde 24
30173 Hannover

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover
Postfach 1180
30011 Hannover

**nachfolgend Landesverbände genannt
- als Vertragspartner andererseits**

*in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

§ 1 Gegenstand

Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Physiotherapie, die Preise und deren Abrechnung.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für die Mitgliedskassen der Landesverbände und für die Mitglieder des Berufsverbandes sowie Leistungserbringer, denen eine Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Zulassungsempfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V erteilt wurde und die diesen Vertrag schriftlich anerkannt haben (Anlage 1). Für bisher zugelassene Mitglieder des vertragsschließenden Berufsverbandes, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugelassen sind, gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss. Hierzu übermittelt der Berufsverband den Landesverbänden jedes Jahr jeweils zum 01.07. und 01.01. Listen der zugelassenen Mitglieder mit Institutionskennzeichen, für die der Vertrag anzuwenden ist.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

Voraussetzung zur Abgabe von Leistungen nach diesem Vertrag ist die Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Gemeinsamen Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 124 Abs. 4 SGB V und die Anerkennung dieses Vertrages gemäß der Erklärung nach Anlage 1 bzw. nach § 2 Satz 2.

§ 4 Abgabe der Leistung

- (1) Es sind nur die vom Vertragsarzt verordneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien abzugeben. Hierzu gehören auch die vertragsärztlich verordneten Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Die Leistungserbringung richtet sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 2).
- (2) Die Annahme und Ausführung von vertragsärztlich verordneten Leistungen ist nur gestattet, wenn eine Abrechnungserlaubnis seitens der Krankenkassen für jede der verordneten Leistungen erteilt wurde. Erwirbt ein zugelassener Heilmittelerbringer eine Abrechnungserlaubnis für weitere besondere Maßnahmen der Physiotherapie, wird die Abrechnungserlaubnis rückwirkend auf den Tag der Antragstellung erteilt.
- (3) Die Annahme und Ausführung von vertragsärztlich verordneten Leistungen ist nur gestattet, wenn zu Beginn der Behandlung zu erkennen ist, dass sie auch vereinbarungsgemäß beendet werden können. Bleibt die Praxis während des Urlaubs oder der Fortbildung des Zugelassenen geschlossen und ist die Behandlung dadurch nicht vereinbarungsgemäß durchzuführen, darf sie nicht begonnen werden. In derartigen Fällen ist der Versicherte an eine andere Praxis zu verweisen. Dies gilt nicht für Langzeitbehandlungen.
- (4) Die Behandlungen haben durch den Zugelassenen oder qualifizierte Mitarbeiter zu erfolgen, die die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung haben. Der Einsatz von Schülern ist unter persönlicher Aufsicht (direkte Anwesenheit) und Anleitung des Zugelassenen oder eines qualifizierten Mitarbeiters, der die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung hat, zulässig.
- (5) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Therapeuten frei.

- (6) Die Krankenkasse informiert die Versicherten auf deren Anfrage über die Adressen der zugelassenen Therapeuten.
- (7) Werbemaßnahmen des Zugelassenen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.
- (8) Eine Zusammenarbeit zwischen den Zugelassenen und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Zugelassenen beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

§ 5 Datenschutz

- (1) Personenbezogene Daten darf der Zugelassene nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) Der Zugelassene 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 Krankenkassen, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Zugelassene hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 ff SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 6 Leistungsbeschreibung

- (1) Der Inhalt der einzelnen Leistungen sowie deren Regelbehandlungszeit richtet sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 2).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V.

§ 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, die sich aus den §§ 8 bis 13 ergeben.
- (2) Die Landesverbände sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.

§ 8 Strukturqualität

- (1) Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Zugelassenen, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen.
- (2) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem nach § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

§ 9 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. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Zugelassene ist verpflichtet, auf Anforderung den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en nachzuweisen. Ferner sind freie Mitarbeiter unaufgefordert binnen zwei Wochen zu melden. Von diesen ist zusätzlich die Anerkenntniserklärung nach Anlage 4 dieses Vertrags zu unterzeichnen.
- (3) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften ist vom Zugelassenen und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
- (4) Der Zugelassene haftet – auch für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter - gegenüber den Versicherten und den Landesverbänden nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (5) Der Zugelassene ist verpflichtet, die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen zu behandeln.
- (6) Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (7) Hinsichtlich Praxiseinrichtung und –ausstattung gelten die Bestimmungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der bei Zulassungserteilung jeweils gültigen Fassung.

§ 10 Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 SGB V und – soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist – von entsprechend gemäß Anlage 3 weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.

- (2) Behandlungen durch angestellte/freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn sie die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und wenn der freie Mitarbeiter die Anerkennniserklärung nach Anlage 4 unterzeichnet hat. Übergangsfrist bis 30.9.2005
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter, seine freien und angestellten Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung des Berufsverbandes oder der Krankenkasse zu erbringen.¹

§ 11 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/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Zugelassene hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den zulassenden Stellen mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die Krankenkasse und sind vom Zugelassenen grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters.

§ 12 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Zugelassene insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- a) Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - d) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6)
 - e) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
- f) sich an der Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten zu beteiligen
 - g) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - h) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.

¹ Hinsichtlich der Fortbildung werden die Verhandlungspartner auf Bundesebene im Laufe des Jahres 2005 ein strukturiertes Fortbildungskonzept als Anlage zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vereinbaren. In dem Fall werden sich die Vertragspartner auf eine Anpassung des § 10 Abs. 3 verständigen.

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

§ 13 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.

§ 14 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation nach § 12 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Zugelassene hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 5).

§ 15 Inhalt und Umfang der Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt

- (1) Für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln arbeitet der die Verordnung ausführende Therapeut eng mit dem verordnenden Arzt zusammen.
- (2) Der Zugelassene darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.

§ 16 Beginn der Heilmittelbehandlung

- (1) Sofern der Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
- (2) 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 Zugelassenem eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Zugelassenen auf dem Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.¹
- (3) 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

¹ Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.

und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

- (4) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.

§ 17

Durchführung der Heilmittelbehandlung

- (1) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
- (2) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Zugelassene darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Zugelassenen auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (3) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- (4) 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) bzw. Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) max. 19 Tage.

Unterbrechungen bei Ferien (F) des Patienten/Therapeuten gelten nur bei längerfristigen Verordnungen für max. 19 Tage.

Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T,K, F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

§ 18

Abschluss der Heilmittelbehandlung

- (1) Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Zugelassene die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (2) Der Zugelassene darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

§ 19

Verordnung

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik¹ (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, Frequenz der Leistungen und bei Manueller Lymphdrainage die Therapiezeit ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Therapeut dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6) berechtigt und verpflichtet. Änderungen und Ergänzungen auf der Verordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 16 Abs. 4 und § 17 Abs.1 einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (2) Die empfangene Maßnahme ist vom Zugelassenen auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson (Behandlung von pflegebedürftigen Patienten) durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (3) Ist die Verordnung als Verordnung außerhalb des Regelfalls gekennzeichnet, kann mit der Behandlung begonnen werden, sobald die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Der Zugelassene soll sich davon überzeugen, dass die Verordnung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Nach Möglichkeit soll sich der Zugelassene dies vom Patienten schriftlich bestätigen lassen. Verzichtet eine Krankenkasse ganz oder teilweise auf die Genehmigung, unterrichtet sie hierüber unverzüglich die Vertragspartner.
- (4) Liegt die Verordnung im Original der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

§ 20

¹ Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält (z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche), muss die Leitsymptomatik (hier: Fußheberparese) nicht noch einmal wiederholt werden.

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:
 - a) Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6)
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. §§ 16, 17, 18)
 - d) Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - e) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - f) Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - g) Behandlungsfrequenz
 - h) Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 21

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Krankenkasse oder deren Landesverband können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 20 Abs. 2 einleiten. Der Berufsverband kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die Krankenkasse oder deren Landesverband teilt dem zugelassenen Therapeuten die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Therapeuten ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von der Krankenkasse bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Es gelten die Regelungen des § 25 Abs.2.
- (4) Der Zugelassene 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 diesem Vertrag ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse nach Anhörung des Zugelassenen und dessen Berufsverbandes, welche Maßnahmen der Zugelassene zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 5 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 26 vor und berechtigt die Krankenkasse, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- (9) Die Vertragspartner werden Verhandlungen über eine Prüfvereinbarung aufnehmen.

§ 22 Vergütung

- (1) Die Vergütungen für physikalische Leistungen werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in der Vereinbarung umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- (2) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der Höchstpreisvereinbarung vergütet (Anlage 5). Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) Die Vergütung sollte grundsätzlich 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.
- (4) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden. Der Zuzahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer gem. § 43 b SGB V einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen werden.

§ 23 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung. Der Berufsverband stellt seinen Mitgliedern die Richtlinien zur Verfügung.
- (2) Der Vergütungsanspruch für abgegebene Leistungen wird fällig, wenn die Behandlung abgeschlossen ist. Dies ist der Fall, wenn die vom Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt verordneten Leistungen erbracht sind oder die Behandlung abgebrochen werden musste. Abgebrochene Behandlungsfälle sind besonders zu kennzeichnen. Bei Verlust der Ordnungsblätter sind die erbrachten Leistungen vom Zugelassenen nachzuweisen.
- (3) Die Zugelassenen können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Erfolgt die Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf der Abrechnungsvollmacht durch den Zugelas-

senen bei der Krankenkasse eingegangen ist. Werden Abrechnungsstellen im Auftrag von Krankenkassen tätig, so erklärt die Krankenkasse den Widerruf ihrer Abrechnungsvollmacht dem Zugelassenen und der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) ihrer Auftraggeber.

- (4) Die Rechnungslegung erfolgt für die abgeschlossenen Behandlungen einmal bis zum 15. des auf die Abgabe der Leistungen folgenden Monats unter Vorlage der Originalverordnungen. Sie ist an die von den Landesverbänden benannten Daten- und Papierannahmestellen zu richten.
- (5) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (6) Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein (insbesondere sei auf die Felder oben rechts sowie das Abgabedatum und die Unterschrift des Empfangsberechtigten hingewiesen).
- (7) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich zu überprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden in der laufenden Abrechnung berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt.
- (8) Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen für nicht oder nicht vertragsgerecht erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhaltes durch die Krankenkasse zu laufen, sofern eine strafbare Handlung des Zugelassenen und/oder des freien Mitarbeiters vorliegt.
- (9) Widerspricht der Zugelassene oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von sechs Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

§ 24 Klärung von Zweifelsfragen

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sind nach Möglichkeit zwischen der Krankenkasse und dem Zugelassenen zu bereinigen. Wird eine Einigung nicht erzielt, so sind der jeweilige Landesverband und der zuständige Berufsverband einzuschalten.

§ 25 Vertragserfüllung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Zugelassenen und deren Berufsverband haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände haben das Recht bei begründetem Verdacht (Verdacht auf Abrechnungsmanipulation, Schädigung von Versicherten oder grobe Pflichtverletzung) gemeinsam mit Vertretern des Berufsverbandes während der Öffnungszeiten die Praxis zu besichtigen. Der Termin ist dem Zugelassenen mit einer Frist von mindestens 2 Arbeitstagen vorab mitzuteilen.

§ 26 Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Bei Verstößen gegen die Bestimmungen dieses Vertrages, kann die betroffene Krankenkasse dem Zugelassenen schriftlich verwarnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 27) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 9 bis 10)
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - c) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 5)
 - d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - e) Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 27 Vertragsausschuss

- (1) Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet.
- (2) Der Vertragsausschuss wird paritätisch aus Vertretern beider Vertragsparteien besetzt. Der Vorsitz im Vertragsausschuss wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertragsparteien. In der ersten Sitzung führt die antragstellende Partei den Vorsitz. Die Geschäftsführung liegt bei der Vertragspartei, deren Vertreter den Vorsitz führt.
- (3) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens je zwei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern der Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

- (4) Der Vertragsausschuss wird auf Antrag des Berufsverbandes oder eines Landesverbandes tätig. Er ist vom Vorsitzenden einzuberufen und soll innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung zusammentreten. Ort und Zeitpunkt werden zwischen den Vertragsparteien abgesprochen. Der Zugelassene und die beteiligten Krankenkassen können an der Ausschusssitzung teilnehmen; die Beratung und Abstimmung erfolgt ohne sie.
- (5) Über die Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, sie muss mindestens den Ort und den Zeitpunkt der Sitzung, die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter der anderen Vertragspartei zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschussmitgliedern, dem Zugelassenen, den beteiligten Krankenkassen, dem Berufsverband und den Landesverbänden zu übersenden.

§ 28 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.

§ 29 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Juni 2005 in Kraft. Sie ersetzt die Vereinbarung vom 01.02.1998. Die Vereinbarung kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten durch eingeschriebenen Briefes an alle Vertragspartner zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2005 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Das Preisverzeichnis (Anlage 5) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch eingeschriebenen Briefes an alle Vertragspartner erstmalig zum 31.12.2005 gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde.
- (3) Der Vertrag und das Preisverzeichnis bleiben bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen gültig.
- (4) Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (5) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (6) Die Vergütungsvereinbarung gilt gemäß § 71 Abs. 2 SGB V vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Anlage 1: Anerkenniserklärung

Anlage 2: Leistungsbeschreibung Physiotherapie

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

Anlage 4: Anerkenniserklärung freie Mitarbeiter
Anlage 5: Preisvereinbarung
Anlage 6: Protokollnotiz zu Anlage 2

Bochum, Bremen, Hannover, den ...

IFK

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

Bundesknappschaft
Verwaltungsstelle Hannover

BKK – Landesverband
Niedersachsen

IKK – Landesverband
Niedersachsen

LKK – Landesverband
Niedersachsen – Bremen