

**Rahmenvertrag  
gemäß § 125 Abs. 2 SGB V**

**über die Versorgung mit physikalischen Leistungen**

Zwischen

dem Verband Physikalische Therapie, Landesgruppe Rheinland-Pfalz-Saar  
dem VDB-Physiotherapieverband, Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V.

nachstehend „Verbände der Leistungserbringer“ genannt

- einerseits –

und

der AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg

der Knappschaft, Regionaldirektion Saabrücken

dem BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz

der IKK Südwest, Saabrücken

nachstehend Landesverbände genannt

- andererseits –

wird folgender Vertrag geschlossen:

## **§ 1 Vertragsgegenstand und Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag regelt:
  - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Primärkassen in Rheinland-Pfalz mit physikalischen Leistungen (nachfolgend Heilmittel genannt) gemäß § 32 Abs. 1 SGB V,
  - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.
  
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 – 5
  - a) Verpflichtungserklärung (Anlage 1)
  - b) Leistungsbeschreibung (Anlage 2)
  - c) Preisvereinbarungen (Anlagen 3 a + b)
  - d) Befugnis zur Abrechnung von Zertifikatsleistungen (Anlage 4)
  - e) Fortbildungsvereinbarung (Anlage 5)
  
- (3) Dieser Vertrag gilt für:
  - a) die AOK – die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
  - b) die dem BKK Landesverband angeschlossenen Betriebskrankenkassen,
  - c) die IKK Südwest,
  - d) die Knappschaft,
  - e) alle nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt), sofern sie die Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 unterzeichnet haben.
  
- (4) Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung der Heilmittel-Richtlinien (Stand 01.07.2004) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V (Stand 25.09.2006).
  
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch nach § 124 Abs. 5 SGB V zugelassene Heilmittelerbringer zu beachten und anzuwenden.  
Diese stellen sicher, dass Angestellte und freie Mitarbeiter in den Rahmenvertrag eingewiesen werden und diesen beachten.

## **§ 2 Heilmittel**

Heilmittel im Sinne dieses Vertrages sind persönlich erbrachte Leistungen der physikalischen Therapie/Physiotherapie (§ 124 Abs. 1 SGB V), die nach den geltenden Heilmittelrichtlinien verordnungsfähig sind und in Anlage 3 a + b des Vertrages preisvereinbart sind.

## **§ 3 Ziel der Heilmittelbehandlung**

- (1) Heilmittel dienen dazu
  - a) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
  - b) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
  - c) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
  - d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (2) Bei der Heilmittelbehandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
- (3) Der Heilmittelerbringer 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, die auf dem vereinbarten Vordruck ausgestellt sein muss, erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden, sofern die notwendige Qualifikation vorhanden ist.

- (3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung resp. Abrechnungsbefugnis 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 physikalischen Therapie/Physiotherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (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 zugelassenen Heilmittelerbringer.
- (3) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

## **§ 7 Datenschutz**

- (1) Der Heilmittelerbringer unterliegt hinsichtlich personenbezogener Daten, insbesondere hinsichtlich der Person und der Erkrankung seiner Patienten, der Schweigepflicht. Er ist verpflichtet, Anfragen von Vertragsärzten, MDK und Krankenkassen zu personenbezogenen Daten zu beantworten. Er darf dies ohne weitere Prüfung tun, weil diese selbst zum Datenschutz verpflichtet sind und die Zulässigkeit ihrer Anfrage in eigener Verantwortung zu prüfen haben. Der Heilmittelerbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (2) Jede andere Nutzung personenbezogener Daten durch den Heilmittelerbringer, insbesondere solcher, die aus Ordnungsblättern stammen, ist nur zulässig mit Zustimmung des/der Patienten/in.

## **§ 8** **Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel**

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit sind in der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) geregelt.
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Ändern sich die Heilmittel-Richtlinien mit Auswirkung auf die Leistungsbeschreibung, werden die Vertragspartner eine etwaige Anpassung der Anlagen zu diesem Vertrag zeitnah vornehmen.

## **§ 9** **Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen<sup>1</sup>.

## **§ 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 Versicherten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.

Die Landesverbände sind über den Beginn und die Beendigung der Tätigkeit von Mitarbeitern, die für den Leistungserbringer eine besondere Abrechnungsbefugnis begründen, unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anfrage der Landesverbände hat der Heilmittelerbringer alle in seiner Praxis therapeutisch tätigen Mitarbeiter und freien Mitarbeiter namentlich zu benennen.

- (2) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit seiner Mitarbeiter/Vertreter im Rahmen der gesetzlichen Regelungen wie für die eigene Tätigkeit. Er sollte sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf verschaffen.
- (3) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

---

<sup>1</sup> Siehe Protokollnotiz

- (4) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

## § 12

### Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Durchführung einer Behandlung ist Therapeuten vorbehalten, die nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifiziert sind. Soweit für die Abgabe bestimmter Leistungen besondere Qualitätsvorgaben vertraglich vereinbart sind (Zertifikatsleistungen), müssen diese Therapeuten darüber hinaus nach der Anlage 3 der Bundesrahmenempfehlungen, soweit sie in der Anlage 4 zu diesem Vertrag unter Bezug genommen worden ist, weitergebildet sein. Sie benötigen darüber hinaus eine von den Landesverbänden der Krankenkassen gesondert zu erteilende Abrechnungsbefugnis. Liegen die Voraussetzungen für die Erteilung der Abrechnungsbefugnis nach den vertraglichen Vereinbarungen vor, ist eine Abgabe der Leistung zulässig, auch wenn die schriftliche Bestätigung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Erst ab dem Zeitpunkt der schriftlichen Bestätigung können die Leistungen abgerechnet werden. Sofern kein Hausbesuch verordnet ist, darf die Behandlung nur in den nach § 124 Abs. 5 SGB V zugelassenen Räumlichkeiten erfolgen.

*Anmerkung zu § 12 Abs. 1 Satz 4*

*Die Knappschaft erteilt keine schriftliche Bestätigung. Abgabe und Abrechnung sind bei knappschaftlichen Versicherten unmittelbar nach Vorlage der Nachweise zulässig.*

- (2) Der Zugelassene /fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich weiterzubilden. Um der Fortbildungspflicht nach § 125 Abs. 2 SGB V zu genügen, sind in einem Betrachtungszeitraum von vier Jahren 60 Fortbildungspunkte zu erreichen. Das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Anerkennung der vertraglich geschuldeten Fortbildung richtet sich nach Anlage 5 zu diesem Rahmenvertrag. Der erste Betrachtungszeitraum (Vier-Jahres-Frist) beginnt am 01.01.2008. Fortbildungen, die ab November 2006 im Hinblick auf die jetzt abgeschlossene Regelung absolviert worden sind, werden für den ersten Betrachtungszeitraum ab 01.01.2008 anerkannt. Die im jeweiligen Betrachtungszeitraum absolvierten Fortbildungsmaßnahmen sind auf Verlangen der Krankenkassen diesen gegenüber nachzuweisen.
- (3) Wenn ein Leistungserbringer die Fortbildungsverpflichtung im oben bezeichneten Umfang (60 Fortbildungspunkte in vier Jahren) nicht absolviert oder keinerlei Nachweise einreicht, sind die Krankenkassen berechtigt, die monatlichen Vergütungen um 7,5 % abzusenken. Gleichzeitig sind die Krankenkassen berechtigt, dem Leistungserbringer eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten zu setzen, binnen derer die fehlenden Fortbildungspunkte gemäß Anlage 5 dieses Vertrages nachgewiesen werden. Hierbei ist auf den gesetzlich vorgesehenen Zulassungszug (§ 124 Abs. 6 SGB V) hinzuweisen.

- (4) Weist ein Leistungserbringer auf Verlangen die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im vertraglich geschuldeten Umfang nach, prüfen die Krankenkassen, ob die Fortbildungen den Vorgaben der Anlage 5 des Vertrages entsprechen. Entstehen insoweit Streitigkeiten über die Anerkennung der Fortbildungsmaßnahmen, sind die Krankenkassen berechtigt, dem Leistungserbringer eine Nachfrist von mind. sechs Monaten zu setzen, binnen derer der Leistungserbringer die fehlenden Fortbildungen nachreichen kann. Eine Absenkung der Vergütung kommt in diesem Fall erst nach Ablauf der Nachfrist in Betracht.
- (5) Die therapeutischen Mitarbeiter sollten sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortbilden.

### **§ 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/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfüllen und nachweisen. Der Leistungserbringer hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den zulassenden Stellen zeitnah schriftlich mitzuteilen. Die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die zulassenden Stellen beizufügen.
- (2) Vertretungen über die in Abs. 1 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Genehmigung der Landesverbände. Sie sind grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2,3 und 4 gelten entsprechend.

## **§ 14 Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität
  - kooperiert der Heilmittelerbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt,
  - orientiert er seine Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und an der Belastbarkeit des Versicherten,
  - wendet er das verordnete Heilmittel an,
  - behandelt er nach den Vereinbarungen zur Leistungsbeschreibung (Anlage 2 zum Vertrag)
  - und dokumentiert er die Behandlung gemäß § 14 Abs. 4 des Vertrages.
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus im Einzelfall bereit sein,
  - a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
  - b) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall einzubeziehen oder zu beraten und
  - c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen<sup>2</sup>.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Patienten eine therapeutische Dokumentation zu führen und drei Jahre sicher aufzubewahren. Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde.

## **§ 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.

---

<sup>2</sup> Siehe Protokollnotiz



## § 16

### Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken. 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.
- (2) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
- (3) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
  - a) 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 mit Datum und Unterschrift zu versehen<sup>3</sup>.

- b) 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.
- c) 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 und mit Datum und Unterschrift zu versehen<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

- (4) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
- a) Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon grundsätzlich nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu begründen und mit Datum und Unterschrift zu versehen<sup>3</sup>.
  - b) 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<sup>3</sup>. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
  - c) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
  - d) Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit<sup>4</sup>.
- (5) Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen. Der verordnende Vertragsarzt ist hierüber zu informieren.
- (6) Sofern der Vertragsarzt für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungsserie für notwendig hält, macht er dies auf der Verordnung kenntlich. Der Heilmittelerbringer ist in diesem Falle verpflichtet, einen Therapiebericht zu übersenden (s. Ziffer 29.5 der Heilmittelrichtlinie).

## **§ 17 Verordnung**

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl, soweit erforderlich die Therapiezeit (z. B. bei Lymphdrainage) und Frequenzempfehlung der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung.

<sup>3</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

<sup>4</sup> Zu Ausnahmen wird auf die zwischen den Vertragsparteien geschlossene Protokollnotiz verwiesen (s. Protokollnotiz)

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.

Fehlt die Frequenzempfehlung des Arztes auf der Verordnung, entscheidet der Therapeut über die Frequenz nach Maßgabe der medizinischen Indikation.

- (2) Die vertragsärztlichen Verordnungen können ausgeführt, und die erbrachten Leistungen abgerechnet werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Der Heilmittelerbringer ist zur Abgabe dieser Leistungen dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8 Abs. 1) berechtigt und verpflichtet.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Der Anspruch der Vergütung für die erbrachte Leistung richtet sich stets gegen die vom Arzt auf dem Verordnungsblatt bezeichnete Krankenkasse.
- (4) Die empfangene(n) Maßnahme(n) ist (sind) vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen (entsprechende Abkürzungen des Heilmittelkataloges können verwandt werden; bei D1 sind die Einzelmaßnahmen anzugeben) und am Tage der Leistungsangabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

## **§ 18**

### **Allgemeine Grundsätze**

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung (Anlage 3a und 3 b) vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise.
- (2) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Die Vertragspartner haben sicherzustellen, dass rechtzeitig vor Ablauf der gekündigten Preisvereinbarung Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung können die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde gelegt werden. Weichen Heilmittelerbringer von dieser Vorgehensweise ab, ist die Originalverordnung zusammen mit einem Kostenvoranschlag vorab bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen.
- (3) Für die nach diesem Vertrag 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. Die Zuzahlung ist gemäß § 43 b SGB V vom Heilmittelerbringer nur in dieser Höhe einzuziehen und zu verrechnen.  
Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

- (4) Hat der Vertragsarzt den Indikationsschlüssel angegeben, ist dieser grundsätzlich in der Abrechnung zu übermitteln (vgl. Protokollnotiz).

## **§ 19**

### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jeder Zugelassene verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede (Zweit-) Praxis ist neben der gesonderten Zulassung ein gesondertes IK zu führen, das bei der Abrechnung für die in der jeweiligen Praxis erbrachten Leistungen anzugeben ist.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI sowie den Landesverbänden mitzuteilen.

- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den Landesverbänden bei der Beantragung der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen; gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkassen unbekanntem IK. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung ebenfalls nicht berücksichtigt.

## **§ 20**

### **Abrechnungsregelungen**

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V. Nähere Angaben hierzu enthält die Preisvereinbarung (Anlage 3 a + b).
- (2) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang aller rechnungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse oder deren beauftragten Stelle (entsprechend dem Kostenträgerverzeichnis) zu begleichen. Bei Zahlungen durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Zahlungsauftrag innerhalb der Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (3) Beanstandungen jeder Art müssen von der Krankenkasse innerhalb von 6 Monaten nach Einreichung der Rechnung erhoben werden. Schadensersatz- und Erstattungsansprüche aufgrund strafbaren Verhaltens, bleiben hiervon unberührt.
- (4) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
- (5) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischen-

staatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in doppelter Fertigung und in Papierformat der Krankenkasse zu erstellen.

## **§ 21 Vertragserfüllung**

Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Berufsverbände erklären hierzu, dass sie ihre Mitglieder regelmäßig auf die Erfüllung der Verpflichtungen nach diesem Vertrag hinweisen, ggf. schulen werden und in jeder Weise auf ihre Mitglieder einwirken wollen, damit diese an einer ordnungsgemäßen Erfüllung der vertraglichen Pflichten mitwirken.

## **§ 22 Überprüfung von Leistungserbringern**

- (1) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen sind berechtigt, die ordnungsgemäße Vertragserfüllung durch die zugelassenen Leistungserbringer, die den Vertrag anerkannt haben, zu überprüfen.
- (2) Die Prüfung kann sich insbesondere auf folgende Gegenstände erstrecken:
  - vertraglich geschuldete Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
  - die Voraussetzungen der Abrechnungsbefugnis für einzelne Leistungen (§ 12 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 4),
  - die Erfüllung der gesetzlich angeordneten Fortbildungspflicht des zugelassenen Leistungserbringers (§ 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Anlage 5),
  - die Einhaltung der Vorgaben nach den Heilmittel-Richtlinien in der jeweiligen Fassung (§ 92 Abs. 1 und Abs. 6 SGB V), soweit sie sich inhaltlich an Heilmittelerbringer richten,
  - die Erfüllung einzelner Vertragspflichten, die die zugelassenen Leistungserbringer den Landesverbänden und/oder den Krankenkassen und/oder den Patienten gegenüber nach diesem Vertrag übernommen haben,
  - auf das Vorliegen oder den Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen aus § 124 Abs. 2 SGB V.

## **§ 23 Überprüfungsverfahren**

- (1) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen können eine Prüfung in der Weise durchführen, dass sie eine schriftliche Anfrage versenden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine solche schriftliche Anfrage zu beantworten. Angemessene Fristen sind einzuhalten.

- (2) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen können weitergehende Prüfungen durchführen. Sie teilen dieses schriftlich dem zugelassenen Leistungserbringer mit. Zur Überprüfung kann auch eine Praxisbegehung durchgeführt werden. Zu dieser Praxisbegehung kann der Leistungserbringer seinen Berufsverband oder einen Angehörigen der rechtsberatenden Berufe hinzuziehen. Zwischen der Mitteilung des Prüfungsgegenstandes und der Praxisbegehung liegt eine angemessene Frist.
- (3) Im Prüfungstermin und bei der Praxisbegehung hat der Leistungserbringer zu kooperieren, in dem er die erforderlichen Angaben macht und die entsprechenden Unterlagen vorlegt, auf die sich die Prüfung bezieht. Dies gilt nicht, wenn einzelne, geforderte Unterlagen nicht vorhanden oder Auskünfte aus tatsächlichen Gründen nicht gegeben werden können.
- (4) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen müssen die Personen, die die Prüfung durchführen, insbesondere bei einer Praxisbegehung, mit einem entsprechenden Ausweis und/oder einer schriftlichen Vollmacht versehen, aus der abzulesen ist, dass die Person berechtigt ist, den/die Landesverband/-verbände oder die Krankenkasse(n) zu vertreten. Die Überprüfung der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erfolgt während der Praxiszeiten, es sei denn eine andere Verfahrensweise wird schriftlich vereinbart.
- (5) Gegen Ende des Prüftermins oder zu einem späteren Zeitpunkt teilt der/die Landesverband/-verbände oder die Krankenkasse(n) das Prüfergebnis mit. Es soll angestrebt werden, über die weitere Verfahrensweise eine Einigung herbeizuführen. Kommt eine Einigung nicht zustande, kann der/die Landesverband/-verbände oder die Krankenkasse(n) nach §§ 24, 25 des Vertrages verfahren.

## **§ 24**

### **Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kann 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 ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 25**

### **Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Bei Verstößen gegen die Bestimmungen dieses Vertrages, kann der/die Landesverband/-verbände oder die betroffene Krankenkasse(n) den Zugelassenen schriftlich verwarnen; der/die Landesverband/-verbände oder die Krankenkasse(n) kann/können eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.

- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der/die betroffene(n) Landesverband/-verbände oder die Kasse(n) im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 24) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,-- EURO festsetzen. Bei der Verhängung und Einziehung einer Vertragsstrafe und/oder Schadensersatz sollte im Rahmen des Zumutbaren auf die wirtschaftliche Situation des Leistungserbringers und seine Zahlungsfähigkeit sowie den Erhalt seiner wirtschaftlichen Existenz Rücksicht genommen werden.
- (3) Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (4) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen können gehören:
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
  - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Schweigepflicht,
  - nicht fristgerechte Beseitigung von berechtigten Beanstandungen, trotz Nachfrist mit entsprechender Androhung,
  - Abgabe von Leistungen, für die keine Qualifikation besteht.

## **§ 26 Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2010 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden.
- (2) Die Kündigung lässt die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsvereinbarungen nach Anlage 3 a und 3 b zu diesem Vertrag unberührt.
- (3) Die Vergütungsvereinbarungen, Anlage 3 a + b, können nach den dort zugrunde liegenden Fristen gesondert gekündigt werden, ohne dass eine Kündigung des Gesamtvertrages erforderlich ist. Die Leistungsbeschreibung bleibt hiervon unberührt. Bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung bleibt die Vergütungsvereinbarung in Kraft. Die Vertragsparteien verpflichten sich, umgehend in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung einzutreten.
- (4) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages erlöschen sämtliche vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Parteien, die bis zu diesem Zeitpunkt Geltung hatten, insbesondere der Vertrag vom 14.12.1982.

## **§ 27 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstichterliche 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.

Anlagen

- Anlage 1: Verpflichtungserklärung  
Anlage 2: Leistungsbeschreibung Physiotherapie/physikalische Therapie  
Anlage 3 a+b: Vergütungsvereinbarungen  
Anlage 4: Befugnis zur Abrechnung von Zertifikatsleistungen  
Anlage 5: Fortbildungsvereinbarung

Eisenberg, Mainz, Neuwied, Trier, Saarbrücken den 05.11.2009

.....  
Verband Physikalische Therapie, Rheinland-Pfalz-Saar, Trier

.....  
VDB-Physiotherapieverband, Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Neuwied

.....  
AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg

.....  
BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland  
Raimund Nossek - Vorstand

.....  
Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken

.....  
IKK Südwest, Saarbrücken