

Rahmenvertrag

über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen
Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen
(RV-MBK) vom 01.07.1976 i.d.F. vom 18.03.2015
(redaktionell überarbeitet am 05.10.2017)

Zwischen

- dem Verband Physikalische Therapie
Vereinigung für die physiothera-
peutischen Berufe (VPT) e.V.
Landesgruppe Bayern
- dem VDB Physiotherapieverband der
Selbstständigen e.V. Landesverband Bayern
- dem Deutscher Verband für Physiotherapie
(ZVK) - Landesverband Bayern
- dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

- nachstehend Berufsverbände genannt –

einerseits

und

- der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der KNAPPSCHAFT
- der IKK classic

- nachstehend Landesverbände genannt -

§ 1 Geltungsbereich und Gegenstand dieses Vertrages

- (1) Dieser Vertrag gilt:
- Für die unterzeichneten Krankenkassen und die vertragschließenden Berufsverbände.
 - Für die Mitglieder des Berufsverbandes, sofern sie den Verpflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und Ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
 - Für Heilmittelerbringer, die nicht Mitglieder des Berufsverbandes sind, sofern sie den Verpflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und Ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
- (2) Dieser Vertrag regelt:
1. Die Voraussetzung für die Leistungserbringung zu Lasten der Regionalkassen in Bayern und denen des übrigen Bundeslandes.
 2. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der zugelassenen Heilmittelerbringer (nachfolgend Zugelassener genannt) und der Krankenkassen.
 3. Art und Umfang der Leistungserbringung.
 4. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen.
- (3) Die Anlagen 1, 2 (Vergütungsvereinbarung) und 3 (Checkliste) sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.
- (4) Dieser Vertrag ist auf Basis der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V in der Fassung vom 25.09.2006 geschlossen worden. Die Anlagen Nr. 1a (Leistungsbeschreibung) und 2 bis 4 einschließlich deren Anlagen und Anhänge der Rahmenempfehlung nach § 125 Absatz 1 SGB V sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlagen sind von den zugelassenen Vertragspartnern in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, ohne dass es einer ausdrücklichen Anpassung des Vertrages bedarf. Die Berufsverbände informieren ihre Mitglieder, die Krankenkassen die Nichtmitglieder über Änderungen. Werden nach dem 01.07.2010 die Rahmenempfehlungen geändert, verpflichten sich die Vertragsparteien, ohne Einhaltung von etwaigen Kündigungsfristen diesen Vertrag zeitnah an die Rahmenempfehlungen anzupassen.
- (5) Die Heilmittel-Richtlinie Ärzte und Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte einschließlich Ihrer Anlagen sind in ihrer jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen, es sei denn in diesem Vertrag ist ausdrücklich etwas anderes geregelt. Zahnärztliche Verordnungen im Sinne dieses Vertrages gelten als vertragsärztliche Verordnungen.
- (6) Der Rahmenvertrag, die Rahmenempfehlungen und die Heilmittel-Richtlinien werden in der jeweils gültigen Fassung auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen bzw. deren Landesverbände zur Verfügung gestellt. Für den Bereich der AOK Bayern sind diese unter www.aok-gesundheitspartner.de / Bayern / Heilberufe abrufbar.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und der Befunderhebung nach Maßgabe der Leistungsbeschreibung, die Bestandteil der Leistung ist, erbracht.
- (2) Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch seine qualifizierten Mitarbeiter, welche die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 SGB V erfüllen müssen, durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche.

§ 3 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43c SGB V vom Zugelassenen auch nur in dieser Höhe zu erheben. Zuviel einbehaltene Zuzahlungen (z.B. bei Behandlungsabbrüchen) erstattet der Zugelassene an den Versicherten und ändert die Patientenquittung entsprechend.
- (2) Zugelassene haben Zuzahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung (mit angemessener Fristsetzung) durch den Zugelassenen nicht, kann der Zugelassene nach Ablauf der eingeräumten Frist den Zuzahlungsbetrag bei der Krankenkasse einfordern. Danach eingehende Zahlungen des Versicherten sind vom Zugelassenen an die Krankenkasse zurückzuerstatten (§ 43c SGB V).

Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten wird dem Zugelassenen empfohlen, sich den Befreiungsausweis („Befreiung von Zuzahlungen - gilt für Zuzahlungen nach § 61 SGB V“) der Krankenkasse vom Versicherten vorlegen zu lassen.

Für die Berechnung der Zuzahlungspflicht der prozentualen Zuzahlung ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung (= Behandlungstag) ausschlaggebend.

Für die Zuzahlungspflicht der ordnungsbezogenen Zuzahlung von 10 Euro ist der erste Behandlungstag maßgebend.

- (3) Für die Position „Unterweisung zur Geburtsvorbereitung“ ist keine Zuzahlung zu leisten.
- (4) Verordnungen, bei denen die Zuzahlung genau dem Verordnungswert entspricht (sog. Nuller-Verordnungen) sind den Rechnungsunterlagen in gleicher Weise beizufügen.

§ 4 Form und Abgabe von Heilmitteln

- (1) Leistungserbringer, die durch die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen anzunehmen und auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Gleiches gilt für die abgabeberechtigten Therapeuten der Praxis. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (**Anlage 1a der Rahmenempfehlungen**).

- (2) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß Muster 13. Die vertragsärztliche Verordnung kann abgerechnet werden, wenn die Heilmittelverordnung alle Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie enthält, die Inhalt der Heilmittelverordnung sein müssen. Eine Abrechnung scheitert nicht daran, dass ggf. einzelne Verordnungsangaben zueinander medizinisch nicht plausibel sind.

Zu Beginn der Behandlung soll die Verordnung folgende Angaben enthalten: Heilmittel mit ggf. ergänzenden Angaben, Diagnose, Leitsymptomatik (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art der Verordnung, Menge, Therapiezeit (bei Lymphdrainage), vollständiger Indikationsschlüssel, Frequenz und ggf. Hausbesuch.

Darüber hinaus sind auf einer Verordnung ggf. folgende Angaben notwendig: Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles, Gruppentherapie und ggf. spätester Behandlungsbeginn.

Die Vertragspartner haben in einer nicht abschließenden Checkliste (Anlage 3 zum Rahmenvertrag) Regelungen vereinbart, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Art und Weise eine unvollständig oder fehlerhaft ausgestellte Verordnung der Heilmittelbehandlung richtlinienkonform ergänzt bzw. korrigiert werden kann und welche Konsequenzen ein Verstoß hiergegen nach sich ziehen kann.

- (3) Zahnärztliche Verordnungen von Heilmitteln auf Muster Z13 sind vom Zugelassenen nach Maßgabe der Heilmittel Richtlinie Zahnärzte durchzuführen.
- (4) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung bzw. die Abgabe- und Abrechnungsbefugnis auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine teilweise private Ausführung der vertragsärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
- (5) An den Anspruchsberechtigten dürfen nur die vertragsärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der vertragsärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden.

§ 5

Wahl des Heilmittelerbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den Zugelassenen frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht. Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Zugelassenen sowie im Bedarfsfall über Zusatzqualifikationen.
- (2) Das Heilmittelwerbegesetz ist bei jeder Werbung und bei Abgabe der Leistungen zu beachten.

§ 6

Datenschutz

- (1) 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 und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Zugelassene 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.

§ 7 Inhalt und Umfang der Heilmittel

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung geregelt (Anlage 1a der Rahmenempfehlungen)
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

§ 8 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter ist verpflichtet, sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 der Rahmenempfehlungen erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern oder des zuständigen Berufsverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2008 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab Oktober 2006) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Regionalkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen durch den zugelassenen Leistungserbringer von Beginn an.
- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Regelungen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß Absatz 3 tritt mit Abschluss der Prüfvereinbarung in Kraft.

§ 9 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 entsprechend der Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V und der Leistungsbeschreibung (**Anlage 1 a der Rahmenempfehlungen**) insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

§ 10 Organisatorische Voraussetzungen

(1) Die Zulassung erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Die Empfehlungen gem. § 124 Abs. 4 SGB V werden in der jeweils gültigen Fassung auf der Homepage der vertragsschließenden Krankenkassen zur Verfügung gestellt.
Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen können die Berufsverbände beratend eingeschaltet werden.

(2) Der Antrag auf Zulassung bzw. Abrechnungserlaubnis ist schriftlich bei der für den Praxissitz zuständigen Direktion der AOK Bayern einzureichen und gilt für sämtliche Krankenkassenverbände.
Die Annahme einer Verordnung und die Behandlung der Versicherten sind erst nach Erteilung der Zulassung bzw. Abrechnungserlaubnis zulässig. Die Zulassung kann zu dem Stichtag erfolgen, an dem sämtliche Voraussetzungen nachgewiesen wurden. Die Bestätigung der vertraglichen Abrechnungsbefugnis erfolgt zu dem Stichtag, an dem sämtliche Voraussetzungen nachgewiesen wurden. Der Qualifikationsnachweis ist rechtzeitig vor der Abrechnung zu übermitteln, damit die Krankenkasse rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungsbefugnis bestätigen kann.

Die Leistungserbringung erfolgt durch entsprechend aus- bzw. weitergebildete Therapeuten.

(3) Die Zulassung ist an den Zugelassenen bzw. an den fachlichen Leiter gebunden und ist nicht übertragbar; sie wird für einen bestimmten Praxissitz (bezogen auf die bestätigten Räumlichkeiten) ausgesprochen. Der Zugelassene ist verpflichtet, eine Verlegung der Praxis und alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, der zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich mitzuteilen.

Bei Verlegung der Praxis (Aufgabe des ursprünglichen und Neubegründung eines anderen Praxissitzes) oder eines Wechsels des Praxisinhabers/fachlichen Leiters ist eine erneute Zulassung erforderlich. Beim Wechsel des fachlichen Leiters werden nur die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen und ggf. Abgabeberechtigungen erneut geprüft.

Jede zugelassene Praxis benötigt ein eigenes Institutionskennzeichen (IK). Dies gilt auch für Zweigpraxen. Bei Verlegung der Praxis ist ein neues IK zu beantragen. Gleiches gilt bei einem Inhaberwechsel. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) in Sankt Augustin abzumelden.

(4) Die bisher nur für Hausbesuche Zugelassenen bleiben weiter zugelassen.

(5) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztätig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen (§ 2 Abs. 2). Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 12 Wochen.

(6) Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, den zuständigen Direktionen der AOK Bayern innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen bzw. solche, die Abgabeberechtigungen betreffen, sind rechtzeitig vor Wirksamwerden der Änderung schriftlich mitzuteilen.

(7) Freie Mitarbeiter sind vom Zugelassenen der zuständigen Direktion der AOK Bayern unaufgefordert zu melden.

- (8) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
- (9) Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (10) Beim Tod des Zugelassenen gilt die Zulassung bis zu sechs Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch einen fachlichen Leiter sichergestellt ist, der die Voraussetzungen gem. § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zuständigen Direktion der AOK Bayern verlängert werden.
- (11) Der Zugelassene ist dafür verantwortlich, dass auch von seinen Mitarbeitern/freien Mitarbeitern die Regelungen dieses Rahmenvertrages eingehalten werden.

§ 11 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 gemäß **Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen** oder der Regelungen der Vergütungsvereinbarung weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch angestellte/freie Mitarbeiter sind als Leistungen des Zugelassenen abrechnungsfähig, wenn diese die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und die gegebenenfalls erforderlichen Abgabeberechtigungen besitzen. Daneben müssen die räumlichen Voraussetzungen entsprechend den Zulassungsempfehlungen vorliegen und die Leistungen der Mitarbeiter durch eine Haftpflichtversicherung gedeckt sein. Die erforderlichen Nachweise sind auf Anforderung vorzulegen.
- (3)
 - a) 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, die unter Aufsicht eines Zugelassenen oder eines zulassungsfähigen Mitarbeiters Behandlungen durchführen dürfen. Therapieergänzende Maßnahmen (z.B. Wärmeanwendungen mittels Strahler und Packungen, Ultraschall, Kältetherapie und Elektrotherapie) können auch nach Einweisung von Praktikanten erbracht werden.
 - b) Der Einsatz von Schülern bzw. Studenten für Physiotherapie im Rahmen der schul-/ studiumspraktischen Ausbildung im Sinne des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz MPHG) vom 26.05.1994 - zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 25.09.2009 (BGB I S. 3158) – ist unter der Voraussetzung möglich und vergütungspflichtig, dass:
 - 1) der Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der Physiotherapie-/Massageschule und/oder der Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Physiotherapeuten bzw. Massageschülern und/oder Studenten geschlossen zu haben,
 - 2) der Leistungserbringer entsprechend den Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums besondere räumliche und sächliche Voraussetzungen erfüllt,
 - 3) der Schüler bzw. Student unter Aufsicht der Zugelassenen oder eines zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachliche qualifizierten Physiotherapeuten/Masseur/Masseur und medizinischer Bademeister tätig wird.

Auf Verlangen der Krankenkasse sind die Voraussetzungen nach b1) und b2) nachzuweisen.

- c) Ausgeschlossen im Sinne dieser Regelung sind insbesondere:
- Schulpraktikanten zur Berufsfindung (z. B. Schnupperpraktikum)
 - Vorpraktikanten
 - Personen mit nichtbestandenem Examen zum Physiotherapeuten oder Masseur/ Masseur und medizinischer Bademeister
 - Personen mit noch nicht anerkannten ausländischen Berufsurkunden.

§ 12 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/Bundeselterngeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Zugelassene hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen. Erfüllt der benannte Vertreter die Zulassungsvoraussetzungen nicht, wird die Zulassung beendet.
- (2) Im übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die AOK Bayern 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.

§ 13 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Zugelassene insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Kooperation zwischen Zugelassenem und verordnendem Vertragsarzt (§ 16)
 - 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. § 7)
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4
- (3) Der Zugelassene sollte darüber hinaus bereit sein,
 - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Zugelassene sorgt dafür, dass für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (**Anlage 1a der Rahmenempfehlungen**) geführt und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortgeschrieben wird. Sie umfasst die im einzel-

nen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten, ggf. Besonderheiten bei der Durchführung und die Kennzeichnung des jeweils Behandelnden.

§ 14 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.

§ 15 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation ist gemäß den gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren. Der Zugelassene hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 6).

§ 16 Inhalt, Umfang und Besonderheiten der Leistungserbringung

(1) Der Zugelassene bzw. dessen Mitarbeiter dürfen den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.

(2) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen.

Kann die Heilmittelbehandlung in diesen 14 Kalendertagen 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 Abweichung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des 1. Blattes der Verordnung – Muster 13).

(3) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten / Therapeuten(K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten / Therapeuten (F). Der zugelassene Heilmittelerbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

Bei anderen als diesen genannten Unterbrechungsgründen ergänzt der Arzt die Heilmittelverordnung unter Angabe des Datums, Stempel und erneuter Unterschrift entsprechend. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss

lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen.

- (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 Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen (Rückseite des Verordnungsblattes links unten).
- (5) 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 (Rückseite der Verordnung links unten) zu dokumentieren.
- (6) Ergibt sich aus der Befunderhebung oder bei der Durchführung der Behandlung durch den Therapeuten, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder die Erreichung des vom verordnendem Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (7) Die Behandlungen sind grundsätzlich in eigener Praxis auszuführen. Dies gilt nicht für therapeutisch indizierte Ausnahmefälle wie z.B. ADL-Training (z.B. Gehschule) im direkten Umfeld der Praxis. Hausbesuche finden nach vertragsärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Ein anderer Therapieort (z.B. integrativer Kindergarten) bedarf einer ausdrücklich so ausgestellten Verordnung des Vertragsarztes.
- (8) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten, identischen Verordnung begonnen wird.
- (9) In begründeten Ausnahmefällen können auf vertragsärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Danach gilt die vom Vertragsarzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge. Eine Doppelbehandlung ist die Abgabe des verordneten Heilmittels an einem Tag unmittelbar zweimal nacheinander. Dies gilt auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.
- (10) Verordnungen für Personen aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz (CH) sind grundsätzlich von der Genehmigung befreit. Alle anderen Leistungen für betreute Personenkreise nach dem Sozialversicherungsabkommen (SVA-Abkommensrecht) sind vor Leistungsbeginn der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.
- (11) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut 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 Therapeut die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (12) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden

- (13) Der Zugelassene darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Unterrichtung des verordnenden Vertragsarztes ablehnen.

§ 17 Verordnung

- (1) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (2) Die empfangene Maßnahme ist vom Therapeuten auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

Die notwendige Bestätigung über den Erhalt der Leistung auf dem Verordnungsblatt kann durch eine betreuende Person erfolgen, wenn der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk ist auf der Verordnung anzubringen.

Verordnungen von Versicherten, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind vom Erziehungsberechtigten bzw. der betreuenden Person zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte bzw. betreuende Personen von Kindern unter 10 Jahren bestätigen am Ende der Behandlungsserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.

- (3) Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalls kann die erforderliche Genehmigung auch per Fax bei der zuständigen Krankenkasse eingeholt werden, sofern die jeweilige Krankenkasse nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Liegt die Verordnung im Original bei 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.

§ 18 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
- Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 9)
 - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 16)
 - Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - Behandlungsfrequenz
 - Status/ Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 19 Vergütung der Leistung

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung (**Anlage 2**) vergütet.
Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in der Vergütungsvereinbarung genannten Preise sind Höchstpreise.
- (2) Die Vergütung wird grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart. Bei Ablauf einer Vereinbarung sollen die Vertragspartner sicherstellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
- (3) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden.
- (4) Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen, die in der Preisvereinbarung mit einem „W/W1“ und/oder „Z/Z1“ gekennzeichnet sind, ist die Bestätigung einer Abrechnungsbefugnis durch die AOK Bayern.

§ 20 Vergütungsformen

Abhängig vom Inhalt der Leistungen können

- (1) Einzelleistungsvergütungen und
- (2) ggf. pauschale Vergütungen (z. B. für standardisierte Heilmittelkombination; dabei sind die obligatorischen und ergänzenden Maßnahmen angemessen zu berücksichtigen)

vereinbart werden.

§ 21 Abrechnung

- (1) Einmal monatlich (maßgeblich ist das Rechnungsdatum) ist die Abrechnung für alle im Vormonat abgeschlossenen Verordnungen als Sammelrechnung bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen in einer Rechnung einzureichen.

Die Abrechnung erfolgt über das Kostenträger-IK der jeweiligen Krankenkasse. Für Versicherte der AOK Bayern erfolgt die Abrechnung in einer Sammelrechnung monatlich ausschließlich über das Kostenträger-IK 108310400. Die Kostenträger-IK's der anderen Krankenkassen können im Internet unter www.gkv-datenaustausch.de / Leistungserbringerverfahren / Sonstige Leistungserbringer abgerufen werden.

Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden.

Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (z.B. Praxisübernahme), ist nach Rücksprache mit der zuständigen Krankenkasse die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren.

Die Unterschriften des Versicherten über den Empfang der Leistungen sind jeweils im Original erforderlich.

- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Zugelassenen individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.
- (3) Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Zugelassenen in den Feldern auf der Vorderseite oben rechts vollständig auszufüllen.
- (5) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung nach Abschluss der Behandlung mit Bestätigung des Zugelassenen bzw. Therapeuten. Bei fehlerhafter Abrechnung und Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnungen durch die Krankenkassen. Die Regelungen der Anlage 3 sind zu beachten.
- (6) Für jede zugelassene Praxis (auch Zweigniederlassung) ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und bei der Abrechnung zu verwenden. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über das Institutionskennzeichen der Praxis, die die Leistungen ausgeführt hat. Es ist Pflicht des Zugelassenen, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen.
- (7) Dem Zugelassenen/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen sind unter Angabe des Datums der Ursprungsrechnung zu erstellen und anzuliefern.
- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen ggf. Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand).

Das Zahlungsziel ist erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde.

Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Nach § 45 SGB I gilt für den Vergütungsanspruch eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde. Für die Rückforderung von sachlich und rechnerisch geprüften Zahlungen beginnt die 4-Jahres-Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde.

- (9) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung (§ 21 Abs. 8 S. 4 gilt entsprechend). Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
- (10) Wird im Einzelfall ein Versichertenkartenlesegerät in Einsatz gebracht, ist die Versichertenkarte bei jeder Verordnung einzulesen; eine Abrechnung aufgrund abgespeicherter Altdaten des Patienten ist nicht zulässig. Evtl. fehlende Vertragsarzt- und Betriebsstättennummern in den Kopfdaten können aus dem Vertragsarztstempel übernommen werden.

- (11) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
Die Zugelassenen im Bereich Heilmittel sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen vom Zugelassenen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, ist die Krankenkasse berechtigt, einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug zu bringen.
- (12) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung (z.B. § 13 SGB V) gewählt haben, werden dem Leistungserbringer von der Krankenkasse nicht vergütet. Gegebenenfalls fälschlicherweise zur Abrechnung eingereichte Verordnungen werden im Original an den Leistungserbringer zurückgesandt. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten. Die Preise der Vergütungsvereinbarung finden keine Anwendung. Der Versicherte ist über ggf. zusätzliche höhere Eigenanteile zu informieren.

§ 22 Beendigung der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet,

1. wenn der Therapeut seinen Praxissitz verlegt (siehe § 10 Abs. 3),
2. wenn der Zugelassene eine Ausbildung zum Physiotherapeuten abgeschlossen hat und aufgrund dessen eine neue Zulassung erteilt wird,
3. bei Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis,
4. bei Widerruf der Zulassung (§ 124 Abs. 6 SGB V).

§ 23 Vertragserfüllung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Der Zugelassene hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in §§ 10 - 11 genannten Voraussetzungen), den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen und deren Verbände haben das Recht, grundsätzlich nach vorheriger Anmeldung (z.B. in Verdachtsfällen nach § 24 Abs. 3) während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen.
Die Vertragsparteien sollen sich in diesen Fällen gegenseitig verständigen.
Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Mehrfertigung der Verlaufsdocumentationen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.
- (3) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse werden zeitnah beantwortet.

§24 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt ein Zugelassener die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse verwarnen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse 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. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 10 bis 12)
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 6)
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (Ausnahmen siehe **Anlage 3**)
- (4) Abweichend von § 23 und 24 der Rahmenempfehlungen vom 25.09.2006 stimmen die Vertragspartner überein, dass die Regelungen bezüglich des Vertragsausschusses außer Kraft gesetzt werden.
- (5) Bei Verstößen gegen § 128 Abs. 5b SGB V (Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten) in Verbindung mit § 128 Abs. 2 SGB V gelten die o. g. Absätze 1 bis 3 entsprechend. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen im Sinne des Satzes 1 kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden.

§ 25 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser redaktionell überarbeitete Rahmenvertrag tritt am 01.11.2017 in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 01.07.1976 in der Fassung vom 18.03.2015, redaktionell geändert am 24.09.2015. Er gilt für alle Zugelassenen und findet für alle Verordnungen Anwendung, bei denen die erste Behandlung nach dem 31.10.2017 erbracht wird.

Dieser Vertrag kann ganz oder teilweise von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalendermonats, frühestens zum 30.06.2020, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern insoweit handelnd für die vertragsschließenden Landesverbände bzw. an die Berufsverbände erfolgen. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (2) Die zum 01.11.2017 in Kraft tretende Vergütungsvereinbarung (**Anlage 2**) ist mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende kündbar, erstmals zum 30.06.2020. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.

- (3) Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung zum gleichen Termin gegenkündigen.
- (4) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge, Vereinbarungen und Protokollnotizen ihre Gültigkeit.

§ 26 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses 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.

§ 27 Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist München.

Anlagen:

- 1) Verpflichtungsschein
- 2) Vergütungsvereinbarung
- 3) Checkliste

München, den 05.10.2017

Verband Physikalische
Therapie (VPT) e.V.
Landesgruppe Bayern

.....
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

VDB Physiotherapieverband der
Selbstständigen e.V.
Landesverband Bayern

.....
BKK Landesverband Bayern

Deutscher Verband für Physiotherapie
(ZVK) - Landesverband Bayern e.V.

.....
KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion München –

Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK e.V.

.....
IKK classic