

Vertrag

gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen

zwischen

dem Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VTP) e. V.

Bundesverband VDB - Physiotherapieverband e. V.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten/
Physiotherapeuten – ZVK e. V.

- im Folgenden Berufsverbände genannt -

einerseits

und

dem IKK-Landesverband Nord
für Mecklenburg-Vorpommern

dem IKK-Landesverband
Sachsen-Anhalt

den
IKK`n der Länder

Brandenburg

Sachsen

Thüringen

- im Folgenden IKK`n genannt -

andererseits

wird folgender Vertrag geschlossen:

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen haben auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Heilmittelrichtlinien/HMR) gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgegeben.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer (Berufsverbänden) gemäß § 125 Abs. 2 SGB V.

Die Berufsverbände stellen sicher, dass die Inhalte des folgenden Vertrages zeitnah und umfassend ihren Mitgliedern übermittelt werden.

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die IKK'n;
- b) für Mitglieder der Berufsverbände, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 3) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist;
- c) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Berufsverbände sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 3) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien (HMR) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Einzelheiten der Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen für die Versicherten der IKK.
 - a) Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen

- b) Art und Umfang der Leistungen
 - c) Vergütung und Abrechnung der Leistungen
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 - 4
 - 1. Leistungsbeschreibung
 - 2. Vergütungsvereinbarung
 - 3. Anerkenniserklärung
 - 4. Fortbildungsvereinbarung
 - (3) Die Anlagen 1 – 4 sind Bestandteile des Vertrages.
 - (4) Die Durchführung einer Behandlung auf Grundlage dieses Vertrages darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.

§ 3 Art, Umfang und Abgabe von Leistungen

- (1) Art und Umfang der Leistungen verordnet der Vertragsarzt entsprechend den jeweils geltenden HMR. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) sowie der Zulassung nach § 124 SGB V berechtigt und verpflichtet. Grundsätzlich ist er an die vertragsärztliche Verordnung gebunden, es sei denn, eine einvernehmliche Änderung ist gemäß geltenden HMR möglich (Umwandlung der Gruppenbehandlung in Einzelbehandlung und umgekehrt, Änderung bzw. Ergänzung der Frequenzen). Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. *
- (2) Sofern der Vertragsarzt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die Behandlung innerhalb dieses Zeitraums nicht aufgenommen werden, ist grundsätzlich eine Neuverordnung notwendig. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.*
- (3) Abs. 2 Satz 2 gilt ebenfalls, wenn die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen wird. Dies gilt nicht bei begründeten Ausnahmefällen. Begründete Ausnahmefälle in diesem Sinne sind therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechungen in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und nur bei längerfristigen Verordnungen Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der

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

- (4) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (5) Die vertragsärztliche Verordnung muss Angaben über Diagnose, Leitsymptomatik**, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und Frequenz der Leistungen sowie bei Lymphdrainage die Therapiezeit enthalten. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe der Leistung ist der Leistungserbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet.

Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen nach Absatz 5 ist nur gestattet, wenn eine entsprechende Abgabeberechtigung, auf Grundlage Anlage 3 der gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V, für jede verordnete Leistung besteht.

- (6) Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen zu ändern oder zu ergänzen. Abs. 1, 2 und 3 bleiben davon unberührt.
- (7) Der vertragsärztlichen Verordnung liegt gemäß geltenden HMR ein definierter Regelfall zugrunde. Alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls unterliegen der Genehmigungspflicht. Sollte eine der IKK'n auf die Genehmigungspflicht verzichten, wird dies den Berufsverbänden schriftlich mitgeteilt. Nach Vorlage der Verordnung, bis zur Entscheidung der Krankenkasse über die Genehmigung, kann die Behandlung fortgesetzt werden.
- (8) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme sowie des Datums am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten oder eine legitimierte Person durch Unterschriftsleistung auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. 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.
- (9) Es ist unzulässig, anstelle verordneter Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen der IKK nicht, und vorzeitig beendete Behandlungen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang, in Rechnung gestellt werden.
- (10) Die Abgabe der Leistungen hat nur an dem in der Zulassung nach § 124 SGB V genannten Praxissitz oder im Rahmen eines vertragsärztlich verordneten Hausbesuchs zu erfolgen. Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

- (11) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen, sofern er der nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer ist.
- (12) Wird im Verlauf der Behandlung das Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung in Abstimmung mit dem Arzt zu beenden.
- (13) Am Ende einer Behandlungsserie (Verordnung) unterrichtet der Leistungserbringer auf Anforderung des Vertragsarztes schriftlich über den Stand der Therapie.

§ 4 Wirtschaftlichkeit

Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die IKK'n nicht bewilligen.

§ 5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die IKK kann Maßnahmen zur Prüfung der sich im Rahmen der Qualitätssicherung ergebenden Pflichten einleiten. Sie teilt den Leistungserbringern die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung mit einer Frist von 14 Tagen mit. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

** Fußnote: Einvernehmliche Änderungen gemäß Abs. 1, 2 und 3 sind durch den Therapeuten stets unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung anzugeben, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.*

*** Fußnote: Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält, muss die Leitsymptomatik nicht noch einmal wiederholt werden.*

- (3) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die IKK nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfährt die IKK gemäß §§ 11 und 12 dieses Vertrages.

Strukturqualität

- (4) Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.
- (5) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen Behandlungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzung gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt. Behandlungen, die freie Mitarbeiter erbringen, sind als Leistungen des zugelassenen Leistungserbringers abrechnungsfähig, wenn die freien Mitarbeiter die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllen.
- (6) Der Leistungserbringer und seine freien und angestellten Mitarbeiter bilden sich im Interesse der Qualitätssicherung regelmäßig, mindestens alle 2 Jahre beruflich fort. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung zu erbringen.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer darf Praktikanten im Sinne des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) in der jeweils gültigen Fassung während der Zeit der therapeutisch-praktischen Ausbildung beschäftigen, wenn sie unter seiner persönlichen Anleitung und Aufsicht tätig werden.
- (8) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat ganztägig als Behandler in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen und/oder die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten der IKK in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von acht Wochen.
- (9) Zulassungsrelevante Veränderungen sind unverzüglich mitzuteilen. Bei Veränderungen der freien und angestellten Mitarbeiter, ist der Leistungserbringer auf Anforderung verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen diese der zulassenden Stelle zu melden sowie deren Qualifikation und wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen.

Prozessqualität

- (10) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (11) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt;
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten;
 - Anwendung des verordneten Heilmittels;
 - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. Anlage 1);
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Anlage 1 Ziffer 8.
- (12) Der Heilmittelerbringer sollte entsprechend den therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeiführen,
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten,
 - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (13) Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten der IKK eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Diese ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen ist, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

Ergebnisqualität

- (14) 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.

§ 5a Fortbildungen¹

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 4 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, welche die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.

Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden, Satz 2 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder eines Landesverbandes zu erbringen.

- (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 Landesverbände, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 1. Januar 2008 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die Landesverbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Frist an können die Landesverbände 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 in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

1 Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung eines regelhaften, ggf. stichprobenartigen Prüfverfahrens vereinbaren die Vertragspartner die Erarbeitung einer Prüfvereinbarung (siehe Protokollnotiz I zum Rahmenvertrag).

§ 6 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann sich für die Dauer bis zu 6 Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des gesetzlichen Elternzeit vertreten lassen, wenn der Vertreter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllt und nachweist. Die IKK ist über die Vertretung zuvor schriftlich zu informieren.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zulassende Stelle und sind vom Leistungserbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs.1 gilt entsprechend.

§ 7 Wahl des Leistungserbringers / Werbung

- (1) Der Versicherte kann unter den Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die IKK gibt ihren Versicherten die Anschriften der Leistungserbringer auf Anfrage oder in sonstiger geeigneter Weise bekannt.
- (3) Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach diesem Vertrag zu werben.

- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig.
- (5) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig.
Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 8 Haftung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für von Mitarbeitern erbrachte Leistungen in gesetzlichem Umfang. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (2) Er haftet im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen für die Tätigkeit des Vertreters nach § 6 im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstigen datenschutzrechtlichen Regelungen entstehen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (die Höhe der Deckungssumme für Personenschäden sollte mindestens 1.500.000,00 Euro betragen) abzuschließen und zu unterhalten.

§ 9 Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und Leistungen zu erheben, zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 10

Vergütung und Abrechnung von Leistungen

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt.
- (2) Wurde der Indikationsschlüssel auf der vertragsärztlichen Verordnung angegeben, muss dieser vom Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung übermittelt werden.
- (3) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen und ist bis zum 15. des auf die letzte Behandlung folgenden Monats bei der IKK oder einer von ihr benannten Rechnungsprüfstelle einzureichen.
- (4) Die Bezahlung von auf maschinell verwertbaren Datenträgern eingereichten Rechnungen erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbe gründende Unterlagen). Die Bezahlung erfolgt unter dem Vorbehalt der sachlich und rechnerischen Prüfung.

Erfolgt die Abrechnung auf maschinenlesbaren Papierabrechnungen, beträgt die Zahlungsfrist 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen.

Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.

Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse, die die Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungshilfe des Zugelassenen (§ 278 BGB).

- (5) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer, bis eine gegenteilige Mitteilung an die IKK'n erfolgt.
- (6) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs.1 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs.1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.

- (7) Die erbrachten Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 2 vergütet. Die genannten Preise sind Höchstpreise einschließlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.
- (8) Vom Versicherten sind mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung keine Zahlungen zu fordern. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43 b SGB V vom Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Leistungserbringer zuviel gezahlte Zuzahlung, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
- (9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die Rechnungsprüfstelle den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.
- (10) Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle (Abs. 4) erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung (Differenzprotokoll).
- (11) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses des Jahres der Leistungserbringung, bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der IKK verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung.

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt ein zugelassener Vertragspartner die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die IKK schriftlich abmahnen; die IKK setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Vertragspartner fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die IKK nach erfolgter Anhörung unter Einbeziehung von Vertretern des betroffenen Berufsverbandes eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Zulassungsentzug. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.

Die Vertragsstrafe von bis zu 50.000,00 € kann bei folgenden schwerwiegenden Vertragsverstößen erhoben werden:

- Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,

- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 9),
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt,
- Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung,
- Manipulation von Abrechnungsdaten,
- Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen.

§ 12 Vertragsausschuss

Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich paritätisch aus Vertretern der IKK und des betroffenen Berufsverbandes zusammen. Er ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 13 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 01.12.2009 in Kraft und ersetzt die bisher auf Landesebene geschlossenen Verträge. Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 71 Abs. 4 SGB V.

§ 14 Kündigung

Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2010 schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Die Kündigung durch eine Vertragspartei berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.

Für die Vergütungsvereinbarung gelten gesonderte Kündigungsfristen, die in der Anlage 2 Vergütungsvereinbarung im § 4 geregelt sind.

§ 15 Schriftform

Sämtliche Vertragsanpassungen bzw. Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform.

§ 16

Salvatorische Klausel

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so soll dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt werden. Dieser soll dann vielmehr so durchgeführt werden, dass er seinen Zweck bestmöglich erfüllt. Im Übrigen verpflichten sich die Vertragsparteien, rechtsunwirksame Bestimmungen durch im Ergebnis gleichwertige rechtlich zulässige Bestimmungen zu ersetzen.

Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen

- Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
- Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
- Anerkenniserklärung (Anlage 3)
- Fortbildungsverpflichtung (Anlage 4)

Protokollnotiz I


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 in § 5a sowie Anlage 4 dieses Rahmenvertrages konkretisieren. Die Sanktionierung gemäß § 5a Abs. 3 dieses Vertrages tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

Berlin, Bochum, Bonn, Erfurt, Hamburg, Köln, Magdeburg, Dresden, Schwerin, den 17. DEZ. 2009

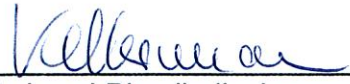

IKK-Landesverband Nord

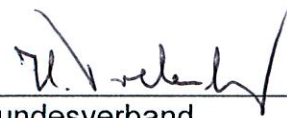

IKK Berlin Brandenburg

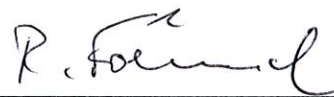

IKK-Landesverband
Sachsen-Anhalt

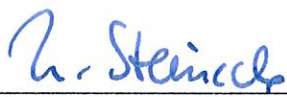

IKK Thüringen


IKK Sachsen


Verband Physikalische
Therapie - Vereinigung für die
physiotherapeutischen Berufe
(VTP) e. V.


Bundesverband
VDB-Physiotherapieverband
e. V.


Bundesverband selbstständiger
Physiotherapeuten – IFK e. V.


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