

Zwischen

- dem Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) –
Landesverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart
- dem Verband Physikalische Therapie –
Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.,
Landesgruppe Baden-Württemberg, Fellbach
- dem VDB-Physiotherapieverband e. V. –
Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie,
Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart
- dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum

(nachfolgend Berufsverbände genannt)

und

- der IKK classic, Dresden,
- dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Kornwestheim,
- der Knappschaft, Regionaldirektion München

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

wird folgender

**RAHMENVERTRAG
nach § 125 Abs. 2 SGB V**

geschlossen:

§ 1 **Geltungsbereich**

1. Dieser Vertrag gilt für die
 - a) IKK classic, Baden-Württemberg,
 - b) Betriebskrankenkassen, die die IKK classic im Rahmen der BKK-IKK-Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg zu diesem Vertragsabschluss bevollmächtigt haben. Weitere Betriebskrankenkassen können auch nach dem Zeitpunkt dieses Vertragsabschlusses Vollmachten erteilen. Mit Vollmachtserteilung erkennen sie gleichzeitig den vorliegenden Vertrag rückwirkend an. Zur Information der Vertragspartner, welche Betriebskrankenkassen zum jeweiligen Zeitpunkt Vertragspartner sind, wird die Liste über die erteilten Vollmachten in regelmäßigen Abständen aktualisiert und den Vertragspartnern im Internet unter www.bkk-sued.de - unter der Rubrik BKK LV Baden-Württemberg/Service/BKK Vollmachten für Heil- und Hilfsmittelverträge - bekannt gegeben.
 - c) Knappschaft, Regionaldirektion München,
 - d) Masseur, Masseurin und med. Bademeister, Physiotherapeuten, Physiotherapeuten/Krankengymnasten *, die Mitglied bzw. Nichtmitglied der Berufsverbände sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 6) dieses Vertrages unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
 - e) Mitglieder der Berufsverbände ZVK, VPT, VDB und IFK unmittelbar, sofern sie nicht binnen sechs Wochen nach in Kraft treten dem jeweiligen Berufsverband gegenüber schriftlich widersprechen.
2. Die alleinige Unterzeichnung der Anerkenniserklärung (Anlage 6) bewirkt noch keine Zulassung.

§ 2 **Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt:
 - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit physiotherapeutischen Leistungen nach § 32 Abs. 1 SGB V,
 - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung,
 - c) die Rechte und Pflichten der Vertragspartner und der Leistungserbringer, sowie
 - d) die Folgen von Vertragsverstößen.

* Die männliche Schreibweise umfasst in gleicher Weise die weibliche Schreibweise

2. Anlage 1: Zulassungsregelungen, basierend auf den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 in der Fassung vom 1. März 2012 bzw. in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 2: Einrichtungsregelungen, basierend auf den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 in der Fassung vom 1. März 2012 bzw. in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 3: Leistungsbeschreibung, basierend auf der Anlage 1a vom 1. August 2001 in der Fassung vom 1. Juni 2006 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V bzw. in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 4: Fortbildungsverpflichtung, basierend auf der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V vom 1. August 2001 in der Fassung vom 25. September 2006 bzw. in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 5: Preisvereinbarung
- Anlage 6: Anerkenntniserklärung und
- Anlage 7: Übersicht über die Beitrittserklärungen für den BKK Landesverband Süd
- sowie evtl. schriftlich vereinbarte Protokollnotizen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.
3. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V. Die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist nach § 91 Abs. 6 SGB V verbindlich. Die Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene (nachfolgend Leistungserbringer genannt) nach § 124 Abs. 2 SGB V zu beachten.

§ 3

Art, Umfang und Abgabe der Leistungen

1. Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 3) berechtigt und verpflichtet. In besonderen Ausnahmefällen kann der Leistungserbringer die Behandlung ablehnen. Der verordnende Vertragsarzt ist über die Gründe der Ablehnung zu informieren.
2. Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen nach Ziffer 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung bzw. die Abgabe- und Abrechnungsberechtigung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine teilweise private Ausführung der vertragsärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Schriftlich vereinbarte Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
3. Eine Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Leistungserbringern und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen durchgeführt werden.

4. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
5. Vertragsärztlich verordnete Hausbesuche finden am gemeldeten Wohnsitz des Versicherten oder gegebenenfalls in tagesstrukturierenden Fördereinrichtungen statt. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Leistungserbringer nicht abgelehnt werden.
6. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem nach § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 4

Verordnung / Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt / Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen (Anlage 3) dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind (Verordnungsmuster 13). Die Verordnung hat dabei die Angaben zu enthalten, die in § 13 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet sind.

Sind auf der Verordnung die Felder Hausbesuch „Ja“ und „Nein“ nicht angekreuzt, wird der Hausbesuch nicht vergütet. Die Verordnung an sich wird dadurch nicht ungültig.

Sind auf der Verordnung die Felder Therapiebericht „Ja“ und „Nein“ nicht angekreuzt, wird der Therapiebericht nicht vergütet. Die Verordnung an sich wird dadurch nicht ungültig.

2. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung mit Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen, der zum Ausdruck bringt, dass die Verordnung in dieser Form ärztlicherseits gewünscht wird. Dies ist auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beigelegt werden. Die Veränderung oder Ergänzung kann auch nach telefonischer Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt durch den Leistungserbringer vorgenommen werden. Dies gilt nicht für eine Veränderung der Angabe des Heilmittels, der Diagnose und der Anzahl der Behandlungen. Die vom Vertragsarzt genehmigten Änderungen der Verordnung sind mit Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.
3. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
4. In seltenen medizinischen Fällen kann vom Vertragsarzt eine Doppelbehandlung verordnet werden. Die vom Vertragsarzt im Feld "Verordnungsmenge" angegebene Anzahl der Behandlungen gilt als Höchstmenge. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Heilmittelkatalog genannte diagnosebezogene "Verordnungsmenge im Regelfall und im Ausnahmefall" nicht.
5. Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung unter Anwendung gebräuchlicher Abkürzungen darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe dort vom Versicherten (nachfolgend Patient genannt) oder einer legitimierten Person durch Unterschrift einzeln zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus

oder nachträglich sind nicht zulässig.

6. Der Leistungserbringer und seine Mitarbeiter streben im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt eine enge Zusammenarbeit an. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.

7. Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 14 Kalendertage nach Ausstellung (Ausstellungsdatum) der vertragsärztlichen Verordnung. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt ggf. benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um ggf. eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

- b) Für die Behandlungsunterbrechung/Behandlungsdurchführung gilt folgendes:

Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Arztes maßgebend. Bei der Behandlungsserie darf das Behandlungsintervall zwischen den einzelnen Behandlungstagen 14 Kalendertage nicht überschreiten. Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit (auch Kur- und Krankenhausaufenthalt) des Patienten (bzw. dessen Erziehungsberechtigten) oder des behandelnden Leistungserbringers (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Leistungserbringers (F). Der Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den standardisierten Begründungsvermerken unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt. (Die Begründung erfolgt auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit den Krankenkassen bestimmt ist.) Die Behandlungsunterbrechung darf insgesamt eine Dauer von 28 Kalendertagen nicht überschreiten. Ansonsten verliert die Verordnung bezogen auf die Behandlungstermine, die außerhalb der Frist liegen, ihre Gültigkeit.

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 Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen.

Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

- c) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

Der Leistungserbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt über den Stand der Therapie, sofern der verordnende Vertragsarzt gegen Ende einer Behandlungsserie gemäß dem Verordnungsvordruck einen schriftlichen Therapiebericht angefordert hat.

8. Der Leistungserbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.

§ 5

Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Leistungserbringer/Fachliche Leiter hat als Behandler ganztätig persönlich in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die Behandlung der Versicherten durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter sicherzustellen. Ausgenommen davon sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von acht Wochen.
2. Zur Abgabe von Leistungen, die einer besonderen Weiterbildung (Manuelle Therapie, Bobath, Vojta, PNF, Manuelle Lymphdrainage, gerätegestützte Krankengymnastik, Chirogymnastik, Psychomotorik) bedürfen, ist nur der Therapeut berechtigt, der auch über die entsprechende Weiterbildung verfügt und damit eine auf ihn lautende Abgabe- und Abrechnungsberechtigung hat. Nur bei persönlicher Leistungserbringung sind diese Positionen auch abrechenbar.
3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die zuständigen Stellen
 - a) unverzüglich über den Beginn und die Beendigung zulassungsrelevanter Personalveränderungen (z. B. fachliche Leitung) schriftlich zu informieren. Im Falle eines Beginns sind die Voraussetzungen (Anlage 1 Ziffer 1 a), ggf. Zertifikatsleistung/en sowie ggf. die zusätzlichen Behandlungsräume (Anlage 2) nachzuweisen und
 - b) innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter auf Anforderung schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.
4. Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne des § 7 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994, bzw. in der jeweils geltenden Fassung, sofern der Leistungserbringer zur Ausbildung von Praktikanten berechtigt ist und die Praktikanten unter Aufsicht des Leistungserbringers oder eines von ihm zur Ausbildung bestimmten, fachlich qualifizierten Ausbilders tätig sind. Dies gilt auch für Mitarbeiter, die eine anderweitige physiotherapeutische Ausbildung nachweisen und die im Rahmen eines sog. Gleichstellungsverfahrens nach Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums eine praktische Tätigkeit zurücklegen müssen.
5. Der Einsatz von Schülern und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung im Sinne des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeuten-Gesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 – zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 25. September 2009 (BGBl I S. 3158) - ist unter der Voraussetzung möglich, dass

- a) der Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der Physiotherapie-/ Massageschule und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Physiotherapie- bzw. Massageschülern und/oder Studenten geschlossen zu haben.
 - b) der Leistungserbringer entsprechend den Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums besondere räumliche und sachliche Voraussetzungen erfüllt,
 - c) der Schüler bzw. Student unter ständiger Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder eines zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Ausbilders tätig wird.
6. Der Leistungserbringer hat die Praxisräume bzw. -flächen nach den Einrichtungsregelungen (Anlage 2) nachzuweisen und während der Öffnungszeiten ständig für die Behandlung der Versicherten der Krankenkassen bereit zu halten. Zulassungsrelevante Änderungen an den Praxisräumen sind der zulassenden Stelle unverzüglich mitzuteilen.

§ 6

Vertretungsregelungen für Leistungserbringer/Fachliche Leiter

1. Der Leistungserbringer/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/Erziehungsurlaubes nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes oder entsprechende Regelungen der Bundesländer in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1a) erfüllen. Die zuständigen Stellen sind zuvor über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum mit den Nachweisen über die Qualifikation des Vertreters schriftlich zu informieren.
2. Vertretungen über die in Ziffer 1 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung der zuständigen Stellen. Sie sind grundsätzlich sechs Wochen im Voraus schriftlich zu beantragen. Der Leistungserbringer hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1a) erfüllt.
3. Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffer 1 und 2 im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
4. Bei Tod des Leistungserbringers gilt die Zulassung bis zu sechs Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch eine Fachkraft sichergestellt ist, welche die Voraussetzungen nach Anlage 1 Ziffer 1a erfüllt. Die zuständigen Stellen sind zu informieren.

§ 7

Kooperative Praxisformen/Erweiterte Zulassung/andere Leistungsbereiche

1. Jeder zugelassene Leistungserbringer ist berechtigt, auf einen oder mehrere weitere Heilmittelbereiche zugelassen zu werden, sofern
 - a) er für jeden weiteren Heilmittelbereich wenigstens einen Mitarbeiter beschäftigt, der die Erlaubnis zur Führung der maßgebenden Berufsbezeichnung besitzt,

- b) für jeden weiteren Heilmittelbereich die jeweils maßgebenden Therapieräume und sachlichen Zulassungsvoraussetzungen nachgewiesen werden.
- 2. Kooperative Praxisformen sind in den gesetzlich zulässigen Gesellschaftsformen, auch interdisziplinär, möglich.

§ 8

Wahl des Leistungserbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die zuständigen Stellen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der zugelassenen Leistungserbringer bekannt.
3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht verstößt, ist nicht zulässig.

§ 9

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Der Zugelassene/Fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 4 beruflich fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der Krankenkassen innerhalb eines Monats zu erbringen.
3. Erfüllt der zugelassene Leistungserbringer/Fachliche Leiter die in § 9 i. V. m. Anlage 4 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von vier Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die zulassende Stelle, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 1. Januar 2015 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die zulassende Stelle eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
4. Vom Beginn der Nachfrist an kann die jeweilige Krankenkasse die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 Prozent des Rechnungsbetrages kürzen; nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser Prozentsatz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.
5. Therapeutisch tätige Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 des § 9 Ziffer 2 gilt entsprechend.

§ 10 Strukturqualität

1. Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Leistungserbringers, 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 sachlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

§ 11 Prozessqualität

1. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
2. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten,
 - Anwendung des verordneten Heilmittels,
 - Behandlung nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 3) sowie
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs (Absatz 4),
 - Daneben sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt angestrebt werden.
3. Der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation (Anlage 3 Ziffer 8) der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation und den ggf. über die vertragsärztliche Verordnung angeforderten Arzt- bzw. Therapeutenbericht ist Bestandteil der Behandlung. Die Verlaufsdokumentation ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungs-serie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 13).
5. Jede Krankenkasse kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten.
6. Die jeweilige Krankenkasse teilt dem zugelassenen Leistungserbringer die vorge-sehene Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig (mindestens 14 Kalendertage vorher) mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
7. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von der jeweiligen Krankenkasse bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.

8. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebenden Nachweise.
9. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
10. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die jeweilige Krankenkasse nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen der Leistungserbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
11. Sofern Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Ziffer 10 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß nach § 17 vor und berechtigt die jeweilige Krankenkasse entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
12. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 12 Ergebnisqualität

1. 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 vertragsärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Patienten.

§ 13 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Patienten 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 Leistungserbringer 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.

§ 14 Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglich erbrachten Leistungen erfolgt nach der Preisvereinbarung (Anlage 5) in der jeweils geltenden Fassung.

Vom Patienten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 Abs. 2 SGB V) keine Zuzahlungen verlangt werden. Zahlt der Patient trotz gesonderter, schriftlicher Aufforderung durch den Leistungserbringer die gesetzliche Zuzahlung nicht, hat die zuständige Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen (§ 43b SGB V).

2. Für die Kündigung der Preisvereinbarung gilt die jeweils vereinbarte Frist. Wird die Preisvereinbarung gekündigt, gelten die vereinbarten Preise bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter. Die Berufsverbände und die Krankenkassen verpflichten sich zum Abschluss jeweils zeitnaher neuer Preisvereinbarungen. Die Vergütung wird grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.

§ 15 Abrechnungsregelung

1. Für das Abrechnungsverfahren gilt § 302 SGB V unter besonderer Berücksichtigung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Krankenkassen kürzen dem Leistungserbringer bis zu 5 Prozent des Rechnungsbetrages, wenn aus Gründen, die er zu vertreten hat, die Daten nicht maschinell übermittelt werden (§ 303 SGB V).
3. Die Praxis benötigt für die Abrechnung ein Institutionskennzeichen (IK). Für jede weitere zugelassene Praxis (Zweitpraxis) ist ein gesondertes IK zu beantragen und zu verwenden.
4. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Behandlungsserie unter Vorlage der Originalverordnungen. Abrechnungen sollen einmal monatlich erfolgen und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden. Die Originalverordnungen sind entsprechend sortiert und gekennzeichnet (s. § 4 der Richtlinie zu § 302 SGB V) an die zuständigen Stellen zu senden.
5. Dem Leistungserbringer / der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und Verordnungen bei der Krankenkasse.
6. Die Krankenkassen behalten sich vor, nach § 302 SGB V nicht korrekt gestellte Rechnungen abzuweisen. Zusammengehörige Abrechnungsunterlagen müssen in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang geliefert werden (in der Regel längstens zwei Wochen).
7. Leistungen, die von Angestellten und freien Mitarbeitern erbracht werden, können als Behandlungen des Leistungserbringers abgerechnet werden, sofern die persönlichen, sachlichen und räumlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt werden (§ 3; § 5 Abs. 2).

8. Der Leistungserbringer haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen im gleichen Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
9. Für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne des § 4 Ziffer 7a) /7b) besteht kein Vergütungsanspruch.
10. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweils zuständigen Krankenkasse. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
11. Maßgeblich für die Berechnung des Verzugs ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein (insbesondere sei auf die Felder oben rechts sowie das Abgabedatum und die Unterschrift des Empfangsberechtigten hingewiesen).
12. Sollte es seitens der Krankenkasse zu einem Zahlungsverzug und damit verbunden zu einer Mahnung kommen, ist diese Mahnung hinreichend konkret zu stellen (z. B. Angabe der vollständigen Einzelrechnungsnummer).
13. Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen des Leistungserbringers gegen die zuständige Krankenkasse ist unzulässig. Ausgenommen davon sind Abtretungen an Abrechnungsstellen.
14. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Gemäß § 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 Zahlungen beginnt die 4-Jahres-Frist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde.
15. Für Anspruchsberechtigte aufgrund besonderer gesetzlichen Regelungen (vgl. DTA-Richtlinie § 2 Abs. 2, derzeit z.B. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden), ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 16 Vertragspartnerschaft

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

§ 17

Vertragsverstöße; Regressverfahren

1. Erfüllt ein Leistungserbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene Krankenkasse nach Anhörung schriftlich warnen. Die Krankenkasse setzt in Abstimmung mit dem Berufsverband eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Leistungserbringer fest.
2. Nach erfolgloser Warnung kann im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 18) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 Euro festgesetzt werden. Darüber hinaus kann die zuständige Stelle Ersatz des durch die Vertragsverletzung entstandenen Schadens verlangen. In Fällen wiederholten oder schweren Vertragsverstoßes kann die Krankenkasse die Zulassung sofort widerrufen (§ 124 Abs. 6 SGB V). Der Vertragsausschuss kann beratend hinzugezogen werden.
3. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung der sachlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 13),
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 - sowie Aufnahme von Leistungen nicht Zugelassener in die eigene Abrechnung.

§ 18

Vertragsausschuss

1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die auf örtlicher Ebene, sowie in Fällen nach § 17 Abs. 2 ist ein Vertragsausschuss zu bilden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.
2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
3. Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung des Vertragsausschusses.

§ 19

Übergangsvorschriften

Alle beim Inkrafttreten dieses Vertrages zugelassenen Mitglieder der Verbände bedürfen keiner erneuten Zulassung. Der Vertrag gilt für diese Mitglieder automatisch, sofern das einzelne Mitglied nicht binnen 6 Wochen schriftlich gegenüber seinem Berufsverband widerspricht.

§ 20

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelung oder durch 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.

§ 21

Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Rahmenvertrag tritt am 1. Februar 2015 in Kraft.
2. Gleichzeitig wird der Rahmenvertrag zwischen den Krankenkassen und dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Baden-Württemberg e. V., dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Landesgruppe Baden-Württemberg, dem VDB-Physiotherapieverband – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie, Landesverband Baden-Württemberg e. V. sowie dem Berufsverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. vom 1. Dezember 2002 ungültig.
3. Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2018, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels. Teilkündigungen einzelner Anlagen zu diesem Vertrag sind möglich. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche Vorschriften und/oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen eine Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen. Die Vertragspartner verpflichten sich, nach erfolgter Kündigung zeitnah in Verhandlungen einzutreten. Bei einer Kündigung bzw. Teilkündigung bestehen die Regelungen dieses Rahmenvertrages bzw. der jeweiligen Anlagen bis zu einer neuen vertraglichen Regelung unverändert weiter.
4. Anpassungen dieses Vertrages bzw. der Anlagen können auch ohne Kündigung in einer Protokollnotiz zum bestehenden Rahmenvertrag vereinbart werden.