

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

zwischen

dem Verband Physikalische Therapie
 - Landesgruppe Weser-Ems -
 Postfach 66 04 67, 38244 Bremen

dem Verband Physikalische Therapie
 - Landesgruppe Niedersachsen -
 Lavesstraße 71, 30159 Hannover

dem Marnitz-Bund
 Universitätsallee 5, 28355 Bremen

dem VDB-Physiotherapieverband
 -Landesverband Niedersachsen-
 Bahnhofstr.14, 29549 Bad Bevensen

**nachfolgend Berufsverbände genannt
- als Vertragspartner einerseits**

und

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

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

dem IKK-Landesverband Niedersachsen
 Günther-Wagner-Allee 23
 30177 Hannover

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

der Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover*
 Siemensstr. 7
 30173 Hannover

**nachfolgend Landesverbände genannt
- als Vertragspartner andererseits**

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

§ 1 Gegenstand

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

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für die Mitgliedschaften der Landesverbände und für die Mitglieder der Berufsverbände sowie Leistungserbringer, denen eine Zulassung nach § 124 SGB V i. V. mit den Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V erteilt wurde und die diesen Vertrag schriftlich anerkannt haben (Anlage 1). Für bisher zugelassene Mitglieder der vertrags-schließenden Berufsverbände, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugelassen sind, gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss. Hierzu übermitteln die Berufsverbände den Landesverbänden zum Jahresbeginn eine Liste der aktuell zugelassenen Mitglieder.

§ 3 Abgabe der Leistung

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

- (6) Die Krankenkasse informiert die Versicherten auf deren Anfrage über die Adressen der zugelassenen Therapeuten.
- (7) Werbemaßnahmen des Zugelassenen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.

§ 4 Datenschutz

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

§ 5 Leistungsbeschreibung

Der Inhalt der einzelnen Leistungen und deren Regelbehandlungszeit richten sich nach der Leistungsbeschreibung gem. Anlage 2.

Die Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie richtet sich nach Anlage 3

§ 6 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Der Zugelassene ist verpflichtet, die Qualität der von ihm erbrachten Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (§ 135a SGB V). Zur Umsetzung dieses gesetzgeberischen Zieles vereinbaren die Vertragspartner die §§ 7 bis 12.

§ 7 Strukturqualität

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

§ 8

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler grundsätzlich ganztätig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Zugelassene ist verpflichtet, auf Anforderung den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en nachzuweisen. Ferner sind freie Mitarbeiter unaufgefordert binnen zwei Wochen zu melden. Von diesen ist zusätzlich die Anerkennniserklärung nach Anlage 4 dieses Vertrags zu unterzeichnen.
- (3) Der Zugelassene haftet – auch für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter - gegenüber den Versicherten und den Landesverbänden nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (4) Der Zugelassene ist verpflichtet, die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen zu behandeln.
- (5) Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und auf Verlangen der Krankenkassen das Weiterbestehen nachzuweisen.
- (6) Der Leistungserbringer hat die geeignete Praxiseinrichtung, die er bei der Zulassung nachgewiesen hat (§124 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V), zu erhalten.

§ 9

Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Durchführung einer Behandlung setzt voraus, dass der behandelnde Therapeut die abzugebende Behandlung beherrscht und bei Leistungen, für die nach Anlage 3 des Vertrages eine gesonderte Abrechnungsbefugnis erteilt worden ist, die erforderliche Ausbildung (mit Zertifikat) in eigener Person erworben hat.
- (2) Der Zugelassene/fachliche Leiter, hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung den Landesverbänden zu erbringen¹.

¹ Hinsichtlich der Fortbildung werden die Verhandlungspartner auf Bundesebene im Laufe des Jahres 2005 ein strukturiertes Fortbildungskonzept als Anlage zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V vereinbaren. In dem Fall werden sich die Vertragspartner auf Landesebene, gemäß § 28 Abs. 5 auf entsprechende Regelungen, verständigen.

§ 10 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Zugelassene hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den zulassenden Stellen mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die Krankenkasse und sind vom Zugelassenen grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 11 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Zugelassene insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am ggf. angegebenen Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - d) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5)
 - e) Behandlungsdokumentation gemäß Abs. 4
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
 - f) sich an der Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten zu beteiligen
 - g) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - h) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Zugelassene hat für jeden behandelten Versicherten eine Behandlungsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

§ 12 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.

§ 13 Aufbewahrungsfrist

Die Behandlungsdokumentation nach § 11 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Zugelassene hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

§ 14 Inhalt und Umfang der Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt

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

§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung

- (1) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
- (2) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Zugelassenem eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Zugelassenen auf der Rückseite des Verordnungsblatts zu dokumentieren.
- (3) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung eines vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
- (4) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.

§ 16

Durchführung der Heilmittelbehandlung

- (1) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
- (2) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Zugelassene darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Zugelassenen auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (3) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- (4) Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen bei therapeutisch indizierter Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T) bzw. Krankheit des Patienten/Therapeuten (K). Die Unterbrechungsfrist beträgt hier max. 19 Tage.

Bei Ferien (F) des Patienten/Therapeuten gilt die Unterbrechungsfrist für max. 19 Tage nur bei längerfristigen Verordnungen..

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

§ 17

Abschluss der Heilmittelbehandlung

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

§ 18 Verordnung

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik² (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, Frequenz der Leistungen und bei Manueller Lymphdrainage die Therapiezeit ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Therapeut dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5) berechtigt und verpflichtet. Änderungen und Ergänzungen auf der Verordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Abs. 2 und § 16 Abs. 4 einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (2) Die empfangene Maßnahme ist vom Zugelassenen auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson (Behandlung von pflegebedürftigen Patienten) durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (3) Ist die Verordnung als Verordnung außerhalb des Regelfalls gekennzeichnet, kann mit der Behandlung begonnen werden, sobald die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Der Zugelassene soll sich davon überzeugen, dass die Verordnung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Nach Möglichkeit soll sich der Zugelassene dies vom Patienten schriftlich bestätigen lassen. Verzichtet eine Krankenkasse ganz oder teilweise auf die Genehmigung, unterrichtet sie hierüber unverzüglich die Vertragspartner.
- (4) Liegt die Verordnung im Original der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

§ 19 Vergütung

- (1) Die Vergütungen für physikalische Leistungen/ Physiotherapie werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in der Vereinbarung umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- (2) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der Höchstpreisvereinbarung vergütet (Anlage 5). Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) Behandlungen durch angestellte Mitarbeiter sind abrechnungsfähig, wenn sie die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen. Freie Mitarbeiter müssen darüber hinaus die Anerkenntniserklärung (gemäß Anlage 4) unterzeichnen.

² Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält (z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche), muss die Leitsymptomatik (hier: Fußheberparese) nicht noch einmal wiederholt werden.

- (4) Die Vergütung sollte grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- (5) Für die aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden. Der Zuzahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer gem. § 43 b SGB V einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen werden.
- (6) Wird die Preisvereinbarung geändert, so gelten die neuen Vergütungen für alle nach diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen (Stichtagsregelung).

§ 20

Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Vergütungsanspruch für abgegebene Leistungen wird fällig, wenn die Behandlung abgeschlossen ist und die vollständigen Abrechnungsunterlagen der Krankenkasse vorliegen. Abgebrochene Behandlungsfälle sind besonders zu kennzeichnen. Bei Verlust der Verordnungsblätter sind die erbrachten Leistungen vom Zugelassenen nachzuweisen (z.B. durch Vorlage von Kopien der Verordnungen).
- (3) Die Zugelassenen können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Erfolgt die Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf der Abrechnungsvollmacht durch den Zugelassenen bei der Krankenkasse eingegangen ist. Werden Abrechnungsstellen im Auftrag von Krankenkassen tätig, so erklärt die Krankenkasse den Widerruf ihrer Abrechnungsvollmacht dem Zugelassenen und der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) ihrer Auftraggeber.
- (4) Die Rechnungslegung erfolgt für die abgeschlossenen Behandlungen einmal bis zum 15. des auf die Abgabe der Leistungen folgenden Monats unter Vorlage der Originalverordnungen. Sie ist an die von den Landesverbänden benannten Daten- und Papierannahmestellen zu richten.
- (5) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 18 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (6) Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein (insbesondere sei auf die Felder oben rechts sowie das Abgabedatum und die Unterschrift des Empfangsberechtigten hingewiesen).

- (7) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich zu überprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden in der laufenden Abrechnung berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt.
- (8) Die rechnerischen und sachlichen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen für nicht oder nicht vertragsgerecht erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhaltes durch die Krankenkasse oder den zugelassenen Leistungserbringer zu laufen, sofern eine strafbare Handlung des Zugelassenen oder der Krankenkasse vorliegt.
- (9) Widerspricht der Zugelassene oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von sechs Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Haftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

§ 21

Klärung von Zweifelsfragen

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

§ 22

Vertragsausschuss

- (1) Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet.
- (2) Der Vertragsausschuss wird paritätisch aus Vertretern beider Vertragsparteien besetzt. Der Vorsitz im Vertragsausschuss wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertragsparteien. In der ersten Sitzung führt die antragstellende Partei den Vorsitz. Die Geschäftsführung liegt bei der Vertragspartei, deren Vertreter den Vorsitz führt.
- (3) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens je zwei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern der Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Vertragsausschuss wird auf Antrag des Berufsverbandes oder eines Landesverbandes tätig. Er ist vom Vorsitzenden einzuberufen und soll innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung zusammentreten. Ort und Zeitpunkt werden zwischen den Vertragsparteien abgesprochen. Der Zugelassene und die beteiligten Krankenkassen können an der Ausschusssitzung teilnehmen; die Beratung und Abstimmung erfolgt ohne sie.

- (5) Über die Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, sie muss mindestens den Ort und den Zeitpunkt der Sitzung, die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter der anderen Vertragspartei zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschussmitgliedern, dem Zugelassenen, den beteiligten Krankenkassen, dem Berufsverband und den Landesverbänden zu übersenden.

§ 23 Vertragserfüllung

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

§ 24 Überprüfung von Leistungserbringern

- (1) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen sind berechtigt, die ordnungsgemäße Vertragserfüllung durch die zugelassenen Leistungserbringer, die den Vertrag anerkannt haben, zu überprüfen.
- (2) Die Prüfung kann sich insbesondere auf folgende Gegenstände erstrecken:
- vertraglich geschuldete Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
 - die Voraussetzungen der Abrechnungsbefugnis für einzelne Leistungen (§ 3 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 3)
 - die Erfüllung der gesetzlich angeordneten Fortbildungspflicht des zugelassenen Leistungserbringers (§ 125 Abs. 2 SGB V)
 - die Einhaltung der Vorgaben nach der Heilmittelrichtlinie in der jeweiligen Fassung (§§ 91 Abs. 9, 92 Abs. 1 und Abs. 6 SGB V)
 - die Erfüllung einzelner Vertragspflichten, die die zugelassenen Leistungserbringer den Landesverbänden und/oder den Krankenkassen und/oder den Patienten gegenüber nach diesem Vertrag übernommen haben
 - auf das Vorliegen oder den Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen aus § 124 Abs. 2 SGB V

§ 25 Überprüfungsverfahren

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

- (2) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen können weitergehende Prüfungen durchführen. Sie teilen dieses schriftlich dem zugelassenen Leistungserbringer mit. Zur Überprüfung kann auch eine Praxisbegehung durchgeführt werden. Zu dieser Praxisbegehung kann der Leistungserbringer seinen Berufsverband oder einen Angehörigen der rechtsberatenden Berufe hinzuziehen. Zwischen der Mitteilung des Prüfungsgegenstandes und der Praxisbegehung liegt eine angemessene Frist.
- (3) Im Prüfungstermin und bei der Praxisbegehung hat der Leistungserbringer zu kooperieren, indem er die erforderlichen Angaben macht und die entsprechenden Unterlagen vorlegt, auf die sich die Prüfung bezieht. Dies gilt nicht, wenn einzelne, geforderte Unterlagen nicht vorhanden oder Auskünfte aus tatsächlichen Gründen nicht gegeben werden können.
- (4) Die Landesverbände und/oder einzelne Krankenkassen müssen die Personen, die die Prüfung durchführen insbesondere bei einer Praxisbegehung, mit einem entsprechenden Ausweis und/oder einer schriftlichen Vollmacht versehen, aus der abzulesen ist, dass die Person berechtigt ist, den/die Landesverbände oder die Krankenkasse(n) zu vertreten. Die Überprüfung der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erfolgt während der Praxiszeiten, es sei denn eine andere Verfahrensweise wird schriftlich vereinbart.
- (5) Gegen Ende des Prüftermins oder zu einem späteren Zeitpunkt teilt der/die Landesverbände oder die Krankenkasse das Prüfergebnis mit. Es soll angestrebt werden, über die weitere Verfahrensweise eine Einigung herbeizuführen. Kommt eine Einigung nicht zustande, kann die Krankenkasse nach § 26 des Vertrages verfahren.

§ 26

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Bei Verstößen gegen die Bestimmungen dieses Vertrages, kann die betroffene Krankenkasse den Zugelassenen schriftlich warnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 22) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Bei der Verhängung und Einziehung einer Vertragsstrafe und/oder Schadenersatz sollte im Rahmen des Zumutbaren auf die wirtschaftliche Situation des Leistungserbringers und seine Zahlungsfähigkeit sowie den Erhalt seiner wirtschaftlichen Existenz Rücksicht genommen werden.
- (3) Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.

§ 27

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstgerichtliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

§ 28

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 1. Oktober 2005 in Kraft. Er ersetzt die Vereinbarung vom 01.02.1998 für die vertragsschließenden Parteien. Die Vereinbarung kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2006 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Das Preisverzeichnis (Anlage 5) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde.
- (3) Der Vertrag und das Preisverzeichnis bleiben bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen gültig.
- (4) Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (5) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien / Rahmenempfehlungen werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (6) Die Vergütungsvereinbarung gilt gemäß § 71 Abs. 2 SGB V vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Anlage 1: Anerkenniserklärung

Anlage 2: Leistungsbeschreibung Physikalische Therapie und Physiotherapie

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

Anlage 4: Anerkenniserklärung freie Mitarbeiter

Anlage 5: Preisvereinbarung

Bremen, Hannover, Bad Bevensen, den

Verband Physikalische Therapie, Landesgruppe Weser-Ems,
Bremen

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Verband Physikalische Therapie, Landesgruppe Niedersachsen,
Hannover

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

Marnitz-Bund, Bremen

IKK-Landesverband Niedersachsen

VDB-Physiotherapieverband, Landesverband Niedersachsen,
Bad Bevensen

LKK Niedersachsen-Bremen

Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover