

## **Vertrag**

### **gemäß § 125 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physikalischen Therapie**

zwischen

dem Zentralverband der Krankengymnasten/ Physiotherapeuten (ZVK) e. V.  
Landesverband Berlin

dem Verband Physikalische Therapie  
Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg  
Landesgruppe Berlin-Brandenburg

dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum

der Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten e. V., Sitz Berlin

dem VDB-Physiotherapieverband – Landesverband Berlin e. V.

dem Bund der selbständigen Masseur e. V., Berlin

(nachfolgend Berufsverbände genannt)

und

der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse,  
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V

dem BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg

der Knappschaft  
- Dienststelle Berlin -

der Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als  
Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin

(nachfolgend Landesverbände genannt)

## Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	3
§ 2 Geltungsbereich .....	3
§ 3 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen .....	4
§ 4 Wirtschaftlichkeit .....	5
§ 5 Abgabe der Heilmittel .....	5
§ 6 Qualitätssicherung.....	6
§ 7 Strukturqualität.....	7
§ 8 Prozessqualität.....	7
§ 9 Ergebnisqualität .....	8
§ 10 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt .....	8
§ 11 Vergütung.....	9
§ 12 Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V .....	10
§ 13 Abrechnung.....	10
§ 14 Haftung.....	11
§ 15 Werbung/Verbot der Einflussnahme.....	12
§ 16 Datenschutz .....	12
§ 17 Prüfungen.....	12
§ 18 Vertragsverstöße/ Regressverfahren .....	13
§ 19 Inkrafttreten und Kündigung .....	13
§ 20 Schlussbestimmungen .....	14
Anlage 1 - Anerkenniserklärung	
Anlage 2 - Leistungsbeschreibung	
Anlage 3 - Vergütungsvereinbarung	
Anlage 4 - Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V	

## **Präambel**

Die Inhalte der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sind Grundlage dieses Vertrages.

Die Landesverbände der Krankenkassen in Berlin und die mit der Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer beauftragten Verbände schließen diesen Vertrag mit dem Ziel, eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Physikalischen Therapie zu gewährleisten. Dies beinhaltet insbesondere auch Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Partner dieses Vertrages verpflichten sich, die Regelungen dieses Vertrages gewissenhaft einzuhalten und umzusetzen.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Grundlagen des Vertrages sind § 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V. Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Mitgliedskassen der Landesverbände mit Leistungen der Physikalischen Therapie gemäß § 32 SGB V sowie die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die nachfolgenden benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages:
  - Anlage 1 - Anerkenniserklärung
  - Anlage 2 - Leistungsbeschreibung
  - Anlage 3 - Vergütungsvereinbarung
  - Anlage 4 - Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt

- a) für die im Rubrum genannten Krankenkassenverbände,
- b) für die Betriebskrankenkassen, sofern diese gegenüber dem BKK-Landesverband Ost ihren Beitritt zu diesem Vertrag schriftlich erklärt haben,
- c) für Mitgliedskassen des IKK-Landesverbandes Berlin,
- d) für Leistungserbringer, die Mitglieder der Berufsverbände sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist,
- e) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied einer der Berufsverbände sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.

### **§ 3 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen**

- (1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt sowohl eine auf den Praxissitz bezogene Zulassung gemäß § 124 SGB V als auch eine im Rahmen dieser Zulassung erteilte Abgabeberechtigung für jede verordnete Leistung voraus, soweit dies bei Zertifikatspositionen entsprechend der Anlage 3 dieses Vertrages erforderlich ist.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen entsprechend den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der zum Zeitpunkt der Zulassung geltenden Fassung nachzuweisen und für die Behandlung der Versicherten ständig bereitzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Landesverbänden alle Veränderungen, die die Zulassung sowie im Rahmen der Zulassung erteilte Abgabeberechtigungen betreffen (z. B. Namensänderung, Änderung der Rechtsform, Praxisverlegung, zulassungsrelevante Personalveränderungen), unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Er ist verpflichtet, den Landesverbänden auf Anforderung alle für die Praxis tätigen Therapeuten, einschließlich freie Mitarbeiter, unter Nachweis der erforderlichen Unterlagen (z. B. Qualifikationsnachweise) und der wöchentlichen Arbeitszeit zu melden.
- (4) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter hat ganztätig als Therapeut in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten durch eine Fachkraft, die die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt, in seiner Praxis sicherzustellen.
- (5) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter kann sich für die Dauer bis zu sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer der gesetzlichen Elternzeit (Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit [BEEG]) vertreten lassen, sofern der Vertreter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllt.
- (6) Vertretungen für länger als sechs Monate bedürfen der vorherigen Zustimmung der Landesverbände. Absatz 5 gilt entsprechend.
- (7) Der Leistungserbringer hat unabhängig von der Dauer der Vertretung vor deren Beginn die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen sowie die fachliche Qualifikation des Vertreters nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V gegenüber den Landesverbänden nachzuweisen. Dies gilt nicht für eine Dauer der Vertretung von bis zu acht Wochen.
- (8) Die Zulassung gemäß § 124 SGB V endet unter anderem
  - mit dem Ableben des Leistungserbringers/fachlichen Leiters; nach dem Ableben des Leistungserbringers/fachlichen Leiters gilt die Zulassung auf Antrag bis zu 6 Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch einen fachlichen Leiter sichergestellt ist, der die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt;
  - mit deren Widerruf nach dem Wegfall einer der in § 124 Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen;
  - nach einer Verzichtserklärung oder bei Einstellung des Geschäftsbetriebes (z. B. Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis);
  - bei Verlegung des Praxissitzes.

## **§ 4 Wirtschaftlichkeit**

- (1) Der Leistungserbringer hat eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach den Regelungen dieses Vertrages sowie der §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V zu gewährleisten.
- (2) Die Leistungen dürfen nur im notwendigen Umfang, entsprechend der Anlage 2 (Leistungsbeschreibung) und der Anlage 3 (Vergütungsvereinbarung), in enger Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt sowie unter Beachtung des fristgerechten Behandlungsbeginns abgegeben werden.
- (3) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - a) Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
  - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung
  - c) fristgerechter Behandlungsbeginn
  - d) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
  - e) Behandlungsfrequenz
  - f) Status/Zustand und Kooperation des Versicherten
  - g) Inhalt und Umfang der Kooperation gemäß § 10

## **§ 5 Abgabe der Heilmittel**

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer nur abgegeben werden, wenn diese von einem Vertragsarzt auf den dafür vorgesehenen Heilmittelverordnungen (Verordnungsmuster 13) verordnet wurden.
- (2) Der Leistungserbringer darf vertragsärztliche Verordnungen erst dann annehmen, realisieren und abrechnen, sofern die Zulassung gemäß § 124 Abs. 2 SGB V durch die Landesverbände schriftlich erteilt wurde. Ist der Leistungserbringer darüber hinaus zur Abgabe von Zertifikatsleistungen berechtigt, so hat er die Qualifikationsnachweise den Landesverbänden rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung, sobald Zertifikatsbescheinigung und, soweit noch nicht vorgelegt, Arbeitsvertrag und Berufsurkunde vorgelegt wurden.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung muss Angaben über Diagnose einschließlich vollständigen Indikationsschlüssel, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art des Heilmittels, Anzahl und Frequenz der Leistungen sowie erforderlichenfalls die Therapiezeit enthalten. Bei nicht ordnungsgemäßen oder fehlerhaften Angaben (fehlende Arztunterschrift, Ausstellungsdatum oder Diagnose) hat der Leistungserbringer unverzüglich den Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und eine Richtigstellung / Ergänzung zu veranlassen. Darüber hinaus obliegt dem Leistungserbringer keine Prüfpflicht. Abweichungen von der Frequenz oder vom Therapieziel, die zwischen Arzt und Leistungserbringer abgestimmt sind, sowie unvollständiger Indikationsschlüssel<sup>1</sup> sind vom Heilmittelerbringer zu dokumentieren. Zur Abgabe der vertragsärztlich verordneten Leistungen ist der zugelassene Leistungserbringer entsprechend dieser vertraglichen Regelung berechtigt und verpflichtet. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die

---

<sup>1</sup> In entsprechender Anwendung der Protokollnotiz zur Rahmenempfehlung vom 01.08.2001 sind sich die Vertragspartner einig, dass, wenn ein Vertragsarzt hinsichtlich des Indikationsschlüssels eine unvollständige Verordnung ausgestellt hat, der Leistungserbringer eine Ergänzung dieses Inhalts vornehmen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Ergänzung zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt einvernehmlich abgestimmt wurden. Dies ist auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

Person, für die sie ausgestellt ist.

- (4) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), 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, gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden angestellte oder freie Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen abrechnungsfähige Behandlungen nur durch geeignetes Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten und – soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist – von entsprechend gemäß Anlage 3 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V weitergebildeten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen oder im Rahmen eines vertragsärztlich verordneten Hausbesuchs erfolgen.
- (6) Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
- (7) Der Leistungserbringer ist grundsätzlich nicht berechtigt, bei derselben Diagnose und Leitsymptomatik die gleichen Leistungen aus vertragsärztlichen Verordnungen - auch bei Ausstellung von verschiedenen Vertragsärzten – zeitgleich abzugeben.
- (8) Die Abgabe von Doppelbehandlungen ist ausschließlich auf der Grundlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung möglich.
- (9) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme vom Leistungserbringer auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung verständlich darzustellen (z.B. durch Kürzel wie „KG“ oder „KG-ZNS“) und am Tage der Leistungsabgabe vom Versicherten selbst oder in Ausnahmefällen von dessen legitimierten Vertreter durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Liegt die vertragsärztliche Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung außerhalb des Regelfalles 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. Kann die Originalverordnung in einem solchen Fall nicht zur Abrechnung eingereicht werden, erfolgt die Abrechnung auf Grundlage der Kopie.
- (10) Es ist unzulässig, andere als die vertragsärztlich verordnete(n) Leistung(en) abzugeben.
- (11) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (12) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Leistungserbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

## **§ 6 Qualitätssicherung**

(1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (3) Der Leistungserbringer/ bzw. fachliche Leiter kommt seiner Fortbildungsverpflichtung durch Erfüllung des Fortbildungskonzeptes nach Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen (RE) nach § 125 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung nach. Abweichend zu Ziffer 4 der Anlage 4 der RE in der Fassung vom 25.09.2006 beginnt der erste Betrachtungszeitraum ab 01.01.2008. Nach dem 31.10.2006 begonnene Fortbildungen werden auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung entsprechend der Anlage 4 der RE erfüllt werden. Erfüllt der Leistungserbringer/ fachliche Leiter die Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von vier Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die vorgenannten Verbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet. Vom Beginn der Frist an können die Krankenkassen die Vergütung ausschließlich in den Fällen, in denen der Zugelassene/ bzw. fachliche Leiter weniger als 60 Fortbildungspunkte nachweisen kann, bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung die Vergütung pauschal um 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.<sup>2</sup>
- (4) Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortzubilden.

## **§ 7 Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapieschehen. Einzelheiten sind in § 3 dieses Vertrages geregelt.

## **§ 8 Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
  - Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt
  - Durchführung der Behandlung entsprechend der Indikation (bestehend aus Diagnose einschließlich Indikationsschlüssel), des Therapieziels und der Belastbarkeit des Versicherten
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 2)
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4
- (3) Der Leistungserbringer ist im medizinisch erforderlichen Einzelfall gehalten,
  - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,

---

<sup>2</sup> siehe auch Protokollnotiz auf Seite 16

- Versicherte 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 im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachten therapeutischen Leistungen, die Reaktion des Patienten und gegebenenfalls Besonderheiten (z.B. Abweichen von der Regelbehandlungszeit) bei der Behandlungsdurchführung.
- (5) Die Verlaufsdokumentation über durchgeführte Behandlungen ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

## **§ 9 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.

## **§ 10 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt**

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die vertragsärztliche Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Vertragsarzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner vertragsärztlichen Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Leistungserbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
- Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung begonnen werden. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die vertragsärztliche Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.<sup>3</sup>
  - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unver-

<sup>3</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

zügig den Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und eine neue oder gegebenenfalls geänderte vertragsärztliche Verordnung zu erhalten.

- Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.<sup>4</sup>

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

- Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Leistungserbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.<sup>5</sup>
- Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem vertragsärztlich verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren.<sup>6</sup> Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue oder gegebenenfalls geänderte vertragsärztliche Verordnung erforderlich.
- Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
  - Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit: Dies gilt nicht in folgenden Ausnahmefällen, sofern das angestrebte Therapieziel nicht gefährdet ist:
    - therapeutisch indizierte Unterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T)
    - Krankheit des Versicherten/Therapeuten (K)
    - Urlaub/Ferien des Versicherten/Therapeuten (F)

Die benannten Ausnahmefälle sind durch den Leistungserbringer auf der Verordnung unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens zu dokumentieren.

(6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der vertragsärztlichen Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Leistungserbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie gegebenenfalls aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Leistungserbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

## § 11 Vergütung

(1) Die Vergütung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen ist in Anlage 3 geregelt.

---

<sup>4</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

<sup>5</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

<sup>6</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts.

- (2) Vom Versicherten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung Zahlungen nicht gefordert werden.
- (3) Die gesetzliche Zuzahlung ist 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 zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die dem Versicherten ausgestellte Quittung entsprechend.

## **§ 12 Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V**

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V sind in Anlage 4 dieses Vertrages geregelt.

## **§ 13 Abrechnung**

- (1) Die Abrechnung sollte je Leistungserbringer spätestens sechs Wochen nach Abschluss der jeweils vertragsärztlich verordneten Heilmittelbehandlungen erfolgen und ist der von der jeweiligen Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang in Rechnung gestellt werden.
  - (3) Rechnungen, die den Anforderungen der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern sowie den Regelungen dieses Vertrages nicht entsprechen, können von der jeweiligen Krankenkasse zurückgewiesen werden. Bei berechtigter Zurückweisung der Rechnung tritt Fälligkeit nicht ein. Die Vorschriften über Verzug und Verzugszinsen finden in diesen Fällen keine Anwendung. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (4) Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des zugelassenen Leistungserbringers einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche berufsgruppenspezifische Institutionskennzeichen zu verwenden.
- (5) Eventuelle Teilabrechnungen bedürfen der Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse. Dabei sind Teilabrechnungen bei längerfristigen Verordnungen grundsätzlich zulässig. Der Erstrechnung ist die vertragsärztliche Originalverordnung beizufügen, der Folgerechnung eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung.
- (6) Überträgt der zugelassene Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die jeweils zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Krankenkasse ist der Beginn und das Ende der Beauftragung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle rechtzeitig mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlung der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der jeweiligen Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgehilfe des zugelassenen Leistungserbringers entsprechend § 278 BGB.
- (7) Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse

se, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch (§ 278 BGB). Forderungen der Krankenkassen gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

- (8) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 übertragen werden soll, so ist der Auftragnehmer (die Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen oder organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben des Bundesdatenschutzgesetzes, des Landesdatenschutzgesetzes Berlin sowie des Sozialdatenschutzes durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer ist der jeweiligen Krankenkasse vorzulegen.
- (9) Für die ordnungsgemäße Rechnungslegung sowie für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wurde.
- (10) Forderungen gegen die Krankenkasse können mit Ausnahme der Regelungen in Absatz sechs nicht an Dritte abgetreten werden.
- (11) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von 10 Arbeitstagen bezahlt, wenn die Abrechnung über den maschinellen Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V erfolgt. Bei Papierabrechnung gelten 28 Kalendertage. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Sofern der 24.12. und 31.12. eines jeden Jahres auf einen Arbeitstag fallen, verlängert sich die Frist um diese(n) Tag(e). Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (12) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihre Leistungspflicht innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungsstellung, gerechnet vom Datum des Rechnungseingangs bei der Abrechnungsstelle, schriftlich zu widerrufen und Einwendungen gegen die Leistungspflicht schriftlich geltend zu machen. Besteht ein Rückzahlungsanspruch der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer, sind bereits gezahlte Beträge innerhalb von vier Wochen nach schriftlicher Geltendmachung zurückzuzahlen. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§ 195 BGB).
- (13) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), 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 zu erstellen und der jeweiligen Krankenkasse zu übermitteln. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

## **§ 14 Haftung**

- (1) Die Haftung des zugelassenen Leistungserbringers richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen Mitarbeitern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit seines Vertreters nach § 3 Abs. 5 im gleichen Umfang wie für seine eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen, sofern er oder ein Erfüllungsgehilfe sie zu vertreten hat.

- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (Deckungssumme mindestens 1.500.000 Euro für Personenschäden) sowie gegebenenfalls zur Absicherung des Datenschutzrisikos abzuschließen und zu unterhalten. Das Bestehen der Versicherung ist der jeweiligen Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen.

### **§ 15 Werbung/Verbot der Einflussnahme**

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.
- (2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig.
- (3) Vertragsärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden.
- (4) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte (ausgenommen freie Mitarbeiter) gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für die Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen vertragsärztlichen Verordnungen an Dritte (ausgenommen freie Mitarbeiter) gegen Kostenerstattung.

### **§ 16 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der 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.

### **§ 17 Prüfungen**

- (1) Die Landesverbände können Maßnahmen zur Prüfung der sich aus diesem Vertrag für die Leistungserbringer ergebenden Pflichten einleiten. Die Einbindung des MDK bleibt den Landesverbänden bzw. der jeweiligen Krankenkasse unbenommen.
- (2) Die Landesverbände teilen dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung in einer Frist von 14 Tagen vor der Prüfung mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung in den Räumlichkeiten des zugelassenen Leistungserbringers stattfindet, ist den Landesverbänden und/oder einem von ihnen bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (3) Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen (z. B. die Verlaufsdokumentation, alle für die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V erforderlichen Nachweise) vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (4) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der beanstandeten Sachverhalte innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfahren die Landesverbände gemäß § 18 des Vertrages.

## **§ 18 Vertragsverstöße/ Regressverfahren**

- (1) Die jeweilige Krankenkasse bzw. der betroffene Landesverband kann den Leistungserbringer bei nicht vertragsgemäßer Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben und Pflichten schriftlich verwarnen. Der Leistungserbringer ist vorher schriftlich anzuhören. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen können die Landesverbände eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß entstandene Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen.
- (2) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
  - b) Änderung der vertragsärztlichen Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
  - c) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
  - d) Manipulation von Abrechnungsdaten
  - e) Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer (Praxen) in die eigene Abrechnung
  - f) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen
  - g) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 16 )
  - h) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- (3) Gemäß § 197 a Abs. 4 SGB V haben die Krankenkassen bzw. die Krankenkasserverbände die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

## **§ 19 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2008 in Kraft und ersetzt die bisher auf Landesebene geltenden Verträge gemäß § 125 SGB V.
- (2) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 71 Abs. 4 SGB V.
- (3) Dieser Vertrag kann von jedem der Vertragspartner auf Krankenkassenseite gegenüber einem Berufsverband mit Wirkung für dessen Mitglieder mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2008, gekündigt werden. Dieser Vertrag kann durch einen Berufsverband mit Wirkung für seine Mitglieder gegenüber allen oder einzelnen Landesverbänden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2008, gekündigt werden. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief oder per Boten zu erfolgen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht. Die Kündigung aller Verbände auf einer Seite gegenüber allen Verbänden der anderen Seite beendet alle Vertragsbeziehungen vollständig, ohne dass es einer gesonderten Kündigung gegenüber allen beigetretenen Leistungserbringern bedarf. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des ordentlich gekündigten Vertrages weiter.
- (4) Das aufgrund der Anerkenniserklärung des Leistungserbringers zwischen dem jeweiligen Landesverband und dem Leistungserbringer entstandene Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten schriftlichen Kündigung bedarf, mit
  - a) dem Ableben des Leistungserbringers
  - b) der Beendigung der Zulassung gem. § 124 SGB V
  - c) dem Widerruf der Zulassung gem. § 124 SGB V i. V. mit § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB X

- d) der Einstellung des Praxisbetriebes (z. B. Auf-/Übergabe oder Verkauf der Praxis).
- (5) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 3) tritt am 01.03.2008 in Kraft. Die Anlage 3 kann von jedem der Vertragspartner auf Krankenkassenseite gegenüber einem Berufsverband mit Wirkung für dessen Mitglieder mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2008, gekündigt werden. Die Anlage 3 kann durch einen Berufsverband mit Wirkung für seine Mitglieder gegenüber allen oder einzelnen Landesverbänden mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2008, gekündigt werden. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief oder per Boten zu erfolgen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung der Anlage 3 zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht. Die Kündigung aller Verbände auf einer Seite gegenüber allen Verbänden der anderen Seite beendet die Geltung der Anlage 3 vollständig, ohne dass es einer gesonderten Kündigung gegenüber allen beigetretenen Leistungserbringern bedarf. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung gelten die Regelungen der Anlage 3 weiter.

## **§ 20 Schlussbestimmungen**

- (1) Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine rechtlich zulässige neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.
- (2) Die Vertragspartner haben jederzeit die Möglichkeit, ergänzende Vereinbarungen zu diesem Vertrag, insbesondere zu Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung innerhalb der Heilmittelversorgung zu schließen.
- (3) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Abbedingung des Schriftformerfordernisses.
- (4) Gerichtsstand ist Berlin.

### Anlagen

**Anlage 1 - Anerkenniserklärung**

**Anlage 2 - Leistungsbeschreibung**

**Anlage 3 - Vergütungsvereinbarung**

**Anlage 4 - Modalitäten für die Abrechnung nach § 302 SGB V**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten (ZVK) e. V.  
Landesverband Berlin

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

dem Verband Physikalische Therapie  
Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg  
Landesgruppe Berlin-Brandenburg

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten e. V., Sitz Berlin

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

VDB-Physiotherapieverband – Landesverband Berlin e. V.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Bund der selbständigen Masseure e. V., Berlin

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

AOK Berlin - Die Gesundheitskasse

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

BIG Gesundheit - Die Direktkrankenkasse

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

BKK-Landesverband Ost

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Knappschaft – Dienststelle Berlin -

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Krankenkasse für den Gartenbau,  
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin

## **Protokollnotiz zum Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über Leistungen der Physikalischen Therapie vom 31.03.2008**

### **zu § 6 Abs. 3**

Zwischen den Vertragspartnern der Rahmenempfehlung ist strittig, ob zu den anererkennungsfähigen Fortbildungen i. S. d. Anlage 4 zur Rahmenempfehlung auch Veranstaltungen zählen, die sich mit den präventiven oder rehabilitativen Aspekten des jeweiligen Heilmittelbereiches beschäftigen. So lange dies nicht geklärt ist, verpflichten sich die Krankenkassenverbände, keine Kürzung des Rechnungsbetrages vorzunehmen, wenn der Leistungserbringer bzw. fachliche Leiter nur zusammen mit den strittigen Veranstaltungen die 60 Fortbildungspunkte erreicht.

Sofern in anderen strittigen Fällen (d. h., wenn der Leistungserbringer bzw. fachliche Leiter nur zusammen mit den strittigen Veranstaltungen die 60 Fortbildungspunkte erreicht) einer der vertragschließenden Berufsverbände hinzugezogen wird, ist von den Krankenkassenverbänden mit diesem Berufsverband Einvernehmen zu erzielen. Es kann nur der Berufsverband hinzu gezogen werden, bei dem der Leistungserbringer Mitglied ist.