Rahmenvertrag

gemäß § 125 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

zwischen

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**
-Hauptverwaltung Hamburg-,
Süderstr. 24
20097 Hamburg

der **IKK Nord,**
Lachswehrallee 1
23558 Lübeck

der **Knappschaft**
Regionaldirektion Hamburg
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

- nachfolgend Krankenkassen/-verbände genannt -

und

dem **ZVK – Nordverbund**
Landesverband Hamburg und Schleswig Holstein
Winterhuder Weg 8
22085 Hamburg

- nachfolgend ZVK LV HH/SH genannt -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

1. Der Vertrag regelt:

   a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Landesverbände der Krankenkassen mit physiotherapeutischen Leistungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB V;

   b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.

2. Fester Bestandteil des Vertrages sind

   a) die Leistungsbeschreibung (Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V)

   b) die Einrichtungsrichtlinien gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V

   c) die Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie (Anlage 3 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V)

   d) die Vergütungsvereinbarung

   in der jeweils gültigen Fassung.

3. Der Vertrag gilt für:

   a) die den Landesverbänden angeschlossenen Mitgliedskassen, bzw. die Krankenkassen und die vertragschließenden Berufsverbände

   b) die Mitglieder der Berufsverbände, sofern ihnen die Zulassung erteilt worden ist

   c) Behandler, die nicht Mitglieder eines Berufsverbandes sind, sofern sie eine entsprechende Beitrittserklärung unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist.

4. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V.

5. Die Bestimmungen dieses Vertrages sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und ihre gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter zu beachten.

§ 2

Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig (mindestens 32 Wochenstunden an 4 Werktagen) in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten in seiner Praxis sicher-

zustellen. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.

2. Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz oder entsprechender Regelungen des Landes Schleswig-Holstein in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfüllen. Die zuständigen Landesverbände sind über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum zuvor schriftlich zu informieren; die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen beizufügen.

3. Vertretungen über die in Ziffer 2 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung der Landesverbände. Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im Voraus schriftlich zu beantragen. Der Zugelassene hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.

4. Der Zugelassene haftet im gesetzlichen Rahmen für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziff. 2 und 3 in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gelten entsprechend.

5. Die Landesverbände sind über andere zulassungsrelevante Personalveränderungen unverzüglich schriftlich zu informieren. Hierbei sind die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sowie die zusätzlichen Behandlungsräume und –flächen (§ 4 Ziff. 4 b) nachzuweisen.

6. Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten, fachlich qualifizierten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.

7. Der Zugelassene hat die Praxisräume bzw. –flächen gemäß den Zulassungsempfehlungen in der jeweiligen bei Antragstellung geltenden Fassung nachzuweisen und ständig für die Behandlung der Versicherten der Krankenkassen bereit zu halten.

8. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

9. Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und den Nachweis hierüber zu erbringen.

§ 3
Wahl des Heilmittelerbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.

2. Die Landesverbände bzw. die Krankenkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Zugelassenen bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.

3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig.

§ 4
Leistungserbringung

1. 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 erfolgen.

2. Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Sie sind in der häuslichen Umgebung des Versicherten zu erbringen.

   Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Heilmittelleistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.

3. Ist der Zugelassene eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, obliegt die Verantwortung dem in der Zulassungsbestätigung benannten verantwortlichen fachlichen Leiter. Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 2 gelten entsprechend.

4. Von angestellten Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn

   a) diese qualifizierte Therapeuten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) sind;

   b) für jeden gleichzeitig tätigen Mitarbeiter die in den Einrichtungsrichtlinien dieses Vertrages genannten Behandlungsräume bzw. Behandlungsflächen vorhanden sind.

Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne des § 7 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapiegesetz - MPHG) vom 26.05.1994.

5. Von freien Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese die in § 4 Abs. 4 SGB V genannten Anforderungen erfüllen und nachweisen. Ziffer 4. Buchstabe b gilt entsprechend, auch wenn die freie Mitarbeiterschaft ausschließlich für Hausbesuche vereinbart wurde.

6. Der Zugelassene haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.

7. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem gemäß § 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.

8. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 1 zu diesem Vertrag fortzubilden.

   Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 1 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.

   Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder einer Landesorganisation der Krankenkassen innerhalb eines Monats zu erbringen.

§ 5
Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.

2. Die Landesverbände der Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen.

Strukturqualität

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

Prozessqualität

4. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.

5. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

   - Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
   - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten.
   - Anwendung des verordneten Heilmittels
   - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung
   - Dokumentation des Behandlungsverlaufs.

6. Der Heilmittelerbringer muss darüber hinaus bereit sein,

   - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
   - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall als Teil der therapeutischen Leistung zu beraten und
   - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.

7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Anlage 1a Ziffer 8 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Ergebnisqualität

8. 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.

§ 6

Verordnung / Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt auf dem jeweils gültigen Verordnungsmuster verordnet sind.

2. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen erteilt ist.

3. Diagnose, Leitsymptomatik (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, Therapiezeit (MLD) und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Zugelassene dann entsprechend der Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet.

a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 10 Tage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung (die Regelungen der §§ 186 ff. BGB gelten entsprechend).

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 Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblatts).

b) 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 10 Tage nicht überschreiten, es sei denn, der voraussichtliche Therapieerfolg veranlasst andere Behandlungszeiten zu wählen. Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen:

Therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F).

Bei Behandlungsunterbrechungen von mehr als 18 Tagen wegen Krankheit oder Ferien und Urlaub verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit.

Der Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den standardisierten Begründungsvermerken unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

c) für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne der Ziffern 4 a) und b) besteht kein Vergütungsanspruch.

5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.

6. Die empfangenen Maßnahmen sind am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten, ersatzweise durch Angehörige/Betreuende durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig.

7. Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

8. 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 § 43b SGB V vom Heilmittelerbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

§ 7
Wirtschaftlichkeit

1. Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation" zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.

2. Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:

   - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
   - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt
   - Fristgerechter Behandlungsbeginn
   - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
   - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
   - Behandlungsfrequenz
   - Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 8
Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Die Landesverbände können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 7 Ziffer 2 einleiten. Die Verbände der Heilmittelerbringer können solche Maßnahmen beantragen.

2. Die Landesverbände teilen dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung mit einer Frist von 3 Wochen vor der Maßnahme mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.

3. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.

4. Der Heilmittelerbringer 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 ergebende Nachweise.

5. 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.

6. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet/entscheiden der Landesverband/die Landesverbände nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

7. Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Ziffer 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 16 vor und berechtigt den Landesverband/die Landesverbände, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

8. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 9

Kooperation zwischen Therapeut und Arzt

1. Der Zugelassene und seine Mitarbeiter kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.

2. Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

   - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnendem 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.

   - 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 und mit Datum und Handzeichen zu versehen. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblattes.)

3. Bei der Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

   - Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Therapeuten ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Vertragsarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Fre-

quenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.)

- 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 Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung oder Änderung der Verordnung durch den Vertragsarzt erforderlich.

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

4. Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

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

5. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt oder der zuständigen Krankenkasse ablehnen.

6. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.

§ 10
Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation nach Anlage 1a Ziffer 8 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 12).

§ 11
Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der Vergütungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung.

2. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 SGB V gefordert und angenommen werden.

3. Ist weder das Feld „Gebühr frei" noch das Feld „Gebühr pflicht" auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Krankenkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld „Gebühr frei" nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld „Gebühr pflicht" angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld „Gebühr frei" anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflicht" zu korrigieren.

4. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.

5. Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen gemäß Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V ist die Erteilung einer Abrechnungserlaubnis urch die Landesverbände der Krankenkassen.

6. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv 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.

§ 12
Datenschutz

1. Der Heilmittelerbringer 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 Heilmittelerbringer 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.

§ 13

Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gilt § 302 SGB V. Die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern" sind verbindlich in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

2. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Ziffer 1 bei der Datenannahme- und Verteilstelle der jeweiligen Krankenkasse an-zumelden. Auf Verlangen der Datenannahme- und Verteilstelle ist die Funktionssicherheit der eingesetzten Software in einem Testverfahren zu dokumentieren.

3. Die Rechnungslegung erfolgt nach Abschluss der Behandlungen monatlich. Die im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermittelnden Daten sind zu den jeweils angegebenen Terminen an die von den Krankenkassen benannten Abrechnungsstellen zu liefern.

   Bei Behandlungen, die sich über einen Zeitraum von länger als 2 Monaten erstrecken, die jedoch monatlich abgerechnet werden, sind bei Zwischenabrechnungen Kopien der entsprechenden Unterlagen beizufügen. Das Original ist der Endabrechnung beizufügen.

4. Die Leistungen werden grundsätzlich gemäß dieser Vereinbarung von der in der Verordnung angegebenen Krankenkasse vergütet. Sofern gegenüber der auf der ärztlichen Verordnung benannten Krankenkasse kein Leistungsanspruch besteht, kann die Krankenkasse mit Hinweis auf den zuständigen Sozialleistungsträger die Abrechnung an den Abrechner zurückgeben. Verneint auch dieser Sozialleistungsträger den Anspruch, dann ist die ursprünglich auf der Verordnung genannte Krankenkasse leistungspflichtig. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

   Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden.

5. Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt grundsätzlich innerhalb von 14 Tagen nach Eingang aller Abrechnungsdaten und Belege bei der jeweiligen Datenannahme- und Verteilstelle bzw. der Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

   Werden die von den Leistungserbringern den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nach zu erfassen. Die Zahlungsfrist verlängert sich in derartigen Fällen auf 4 Wochen nach Rechnungseingang bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zwingend zu berücksichtigen und die Papierabrechnung mit den Inhalten gemäß der §§ 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den be-

troffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5% des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen (§ 303 Abs. 3 SGB V).

6. Der Einzug der Zuzahlung gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

7. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerbergesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlings-hilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer gesetzlicher Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform **auf Anforderung der Krankenkasse** zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

8. Sofern eine Abrechnungsstelle Verordnungen zur Abrechnung einreicht, zahlen die Krankenkassen an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlungen sollen ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Sofern der Leistungserbringer den Krankenkassen das Ende des Auftragsverhältnisses zu einer Abrechnungsstelle mitteilt, stellen die Krankenkassen sicher, dass keine Zahlungen an diese Abrechnungsstelle mehr erfolgen.

9. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 8 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vorzulegen.

§ 14
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.

§ 15

Vertragsausschuss

1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

   Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen. Einzelheiten hierüber werden in einer Geschäftsordnung von den Vereinbarungspartnern festgelegt.

§ 16

Vertragsverstöße / Regressverfahren

1. Erfüllt ein Heilmittelerbringer oder ein Vertragspartner die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband schriftlich verwarnen; der Landesverband setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.

2. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 15) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,-- EURO festsetzen. Schwer-wiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungsentzug. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.

   Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

   - Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
   - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
   - wiederholter Verstoß gegen § 6 Ziffer 6 Satz 2
   - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 12)
   - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
   - wiederholte Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 17

Inkrafttreten / Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am 01.02.2013 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die vorhergehenden vertraglichen Regelungen werden wird hiermit ersetzt.

2. Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarung gelten die jeweils vereinbarten Fristen.

3. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsvereinbarung nicht berührt.

4. Für bisher zugelassene Mitglieder der Berufsverbände gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.

5. Diese Vereinbarung gilt unter dem Vorbehalt, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden diese innerhalb von 2 Monaten nach Vorlage nicht beanstanden (§71 Abs. 4 SGB V).

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen oder eine veränderte 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.

Hamburg / Lübeck,

den 18.01.2013

ZVK-Nordverbund Landesverband
Hamburg und Schleswig-Holstein

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK-Nord

IKK Nord
Lachswehrallee 1
23558 Lübeck

Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

Anlage 1 zum Rahmenvertrag gem. § 125 Sozialgesetzbuch V vom XX.01.2013

Fortbildung im Bereich Physiotherapie

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung im jeweiligen Heilmittelbereich ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an den Zugelassenen/fachlichen Leiter (nachfolgend Zugelassener genannt).

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen/fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01. Januar 2007 für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätigen fachlichen Leiter. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachlicher Leiter nach dem 01. Januar 2007 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den zulassenden Stellen

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen.

Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

5. Als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 5 Ziffer 4. des Rahmenvertrages) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen.

- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf den jeweiligen Heilmittelbereich erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.

- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

- Bei umfangreicheren Fortbildungen (z.B. Zertifikatspositionen) werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

6. Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die gemäß der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder –verbesserungen

7. Qualitätskriterien für Fortbildungen

7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder

- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation
  und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder

- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich oder in einem der o.g. Fachgebiete.

7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 7.1) mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen.

Die Dozenten müssen die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

8. Teilnahmebescheinigung

Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter.

9. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 7) 60 Monate aufzubewahren.

10. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

11. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle.

12. Übergangsregelung

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt. Dem Rechnung tragend werden nach dem 31. Oktober 2006 begonnene Fortbildungen auf den Betrachtungszeitraum ab 01. Januar 2007 angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt werden.

Protokollnotiz I

Die Vereinbarungspartner vertreten unterschiedliche Auffassungen zu der Frage, ob sich die gesetzliche Formulierung in § 125 SGB V nur auf den Zugelassenen/fachlichen Leiter oder auch auf die therapeutischen Mitarbeiter (freie und angestellte Mitarbeiter) bezieht. Die Berufsverbände sehen keine gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung der Fortbildungsverpflichtung auch für therapeutische Mitarbeiter. Die Empfehlungspartner sind aus fachlicher Sicht einig, dass eine Fortbildungsverpflichtung der therapeutischen Mitarbeiter gemäß dem Fortbildungskonzept für die Qualitätssicherung sinnvoll ist. Nach einer gesetzlichen Klarstellung werden hierzu unverzüglich Vertragsverhandlungen auf der Basis dieses Konzeptes aufgenommen.

Nach § 125 Abs. 2 SGB V werden folgende Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 4 Ziffer 8. vereinbart:

Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die in § 4 i. V. mit Anlage 1 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2007 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die vorgenannten Verbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

Vom Beginn der Frist an können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal X,X[1] % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser
v. H.- Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

[1] Über die Höhe der Kürzungsprozente werden sich die Vereinbarungspartner zu einem späteren Zeitpunkt abschließend verständigen.

Protokollnotiz II:

Die Anerkenntniserklärung(en) (Anlage 2) der Leistungserbringer nach § 1 Abs. 2 b) dieses Vertrages werden der zuständigen Stelle (BKK – Landesverband NORDWEST) einmalig bis zum **31. März 2013** aus Gründen der Datenaktualisierung übermittelt.

Der Berufsverband trägt für die Übermittlung dieses Vertrages an seine Mitglieder Sorge.

Protokollnotiz III zu § 8 RV:

Der Berufsverband ZVK ist bei einer Praxisbegehung eines Mitgliedes zu beteiligen. Er ist vor einer Praxisbegehung anzuhören.