

Wichtige Informationen zum Bundesrahmenvertrag in der Physiotherapie

Eine für Sie erstellte, kostenfreie Einführung und Auffrischung

Ausgangslage

Der Rahmenvertrag stellt die rechtliche Grundlage der Zusammenarbeit zwischen einer Heilmittelpraxis und den gesetzlichen Krankenkassen dar. Folglich handelt es sich um ein sehr wichtiges Dokument, dessen Grundlage sich in § 125 Abs. 1 SGB V befindet.

Jede Praxis, welche mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen will, ist dazu verpflichtet den Rahmenvertrag anzuerkennen, sofern kein individueller Vertrag zwischen der Praxis und den Krankenkassen geschlossen wird. Diese individuellen Verträge kommen nur sehr selten vor, weshalb so ziemlich alle Heilmittelerbringerpraxen auf den Rahmenvertrag zurückgreifen. In der Vergangenheit gab es bundesweit eine Vielzahl von Rahmenverträgen, in denen sich regional teilweise große Unterschiede haben finden lassen.

Nunmehr ist es gelungen zwischen den Berufsverbänden der Berufe in der Physiotherapie und den gesetzlichen Krankenkassen einen bundesweit einheitlichen Rahmenvertrag zu vereinbaren, sodass einzelne unterschiedliche Regelungen im Bundesgebiet der Vergangenheit angehören. Somit wurden die insgesamt 28 verschiedenen Verträge abgelöst. Sowohl medizinische Massagepraxen wie auch Physiotherapiepraxen finden in dem Vertrag die neue rechtliche Grundlage der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Vertrag selbst besteht aus einem Dokument mit 27 Seiten. Hinzu treten noch 7 weitere Anlagen, welche unterschiedlichste Themen regeln, wie beispielsweise die Vergütung.

Im hiesigen Text soll es allerdings nur um den Rahmenvertrag an sich gehen und zudem um den Fragen-Antworten-Katalog, welcher zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Berufe in der Physiotherapie gemeinsam ausgearbeitet wurde. Diese gemeinsame Ausarbeitung ist ebenso ein Novum, weil dieser Katalog bisher einseitig von den gesetzlichen Krankenkassen herausgegeben wurde und somit keine Bindungswirkung hatte. Da jedoch der neue Katalog nun besprochen und vereinbart wurde, kommt diesem dadurch verbindliche Wirkung zu.

Der erste Bundesrahmenvertrag trat mit Datum vom 01.08.2021 in Kraft. Der dazu gehörige Fragen- Antworten- Katalog (FAK) wurde mit Datum vom 02.08.2021 offiziell abgestimmt und veröffentlicht. Sowohl der Bundesrahmenvertrag wie auch der FAK könnten zukünftig geändert werden. Entsprechende Änderungen sind dann jeweils zu berücksichtigen. Insbesondere betreffend des FAK ist zukünftig von häufigeren Änderungen auszugehen, weil der Katalog ohne weiteres kurzfristig zwischen den Berufsverbänden der Berufe in der Physiotherapie und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam angepasst werden kann. Sofern aufgrund des aktuellen Bundesrahmenvertrages problematische Situationen, welche unklar sind, eintreten, ist zu erwarten, dass der FAK überarbeitet beziehungsweise ergänzt wird. Schon zum Ende des Jahres 2022 lagen mehrere Änderungen und Ergänzungen des FAK vor.

Wie bereits erläutert wurde, galten im gesamten Bundesgebiet bisher teilweise recht unterschiedliche Regelungen. Mit dem hiesigen Text soll auf die wichtigsten Regelungen des

Bundesrahmenvertrages eingegangen und es soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Verhaltensweisen einfach verständlich vermittelt werden. Möglicherweise galten manche Regelungen bereits in den alten Verträgen. Sofern dies der Fall war und diese im folgenden Text erneut dargestellt werden, soll damit deren große Bedeutung hervorgehoben werden.

Grundsätzlich kann jedem Praxisinhaberin und jedem Praxisinhaber einer medizinischen Massagepraxis oder einer physiotherapeutischen Praxis mit Kassenzulassung nur dringend geraten werden den Bundesrahmenvertrag einmal genau zu studieren. Gleiches gilt für eine fachliche Leitung einer solchen Praxis. Zu empfehlen ist dies sogar für alle weiteren therapeutischen oder administrativen Mitarbeiter einer solchen Praxis mit Kassenzulassung, damit allen die „Spielregeln“ bekannt sind.

Anerkennung

Nunmehr soll es jedoch um die konkreten Regelungen gehen. Der zugelassene Leistungserbringer muss innerhalb von 6 Monaten gegenüber der ARGE Heilmittelzulassung die Anerkennung des neuen Rahmenvertrages erklären. Der Vertrag gilt ab dem 01.08.2021 und folglich muss bis zum 31.01.2022 die Anerkennungserklärung bei der ARGE Heilmittelzulassung vorliegen. Die erteilte Zulassung der Praxis gilt darüber hinaus unverändert fort. Ohne Anerkennung ist eine weitere Zulassung jedoch nicht mehr angedacht.

Umfang der Leistung und wesentliche Regelungen

Der zugelassene Leistungserbringer ist durch die Zulassung berechtigt und im Rahmen seiner räumlichen personellen Kapazitäten verpflichtet auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung physiotherapeutische Behandlungen entsprechend der Leistungsbeschreibung abzugeben. Die Leistung darf dabei nur vom zugelassenen Leistungserbringer oder von einem hinreichend qualifizierten Therapeuten abgegeben werden.

Im Vertrag gibt es zwei Bezeichnungen, welche nicht verwechselt werden dürfen. Es ist die Rede vom zugelassenen Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich um die Praxisinhaberin oder den Praxisinhaber. Wenn allgemein von einem Leistungserbringer gesprochen wird, handelt es sich dabei um eine Therapeutin oder einen Therapeuten, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den Arbeitsgemeinschaften für Heilmittelzulassung gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikationen berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Versicherte abzugeben. Somit wird in § 3 im Zusammenhang mit der Begriffsbestimmung, welche sich in den einleitenden Worten des Vertrages ergibt, klargestellt, dass jeder Mitarbeiter der ARGE Heilmittelzulassung mit entsprechenden Berufsqualifikationen gemeldet werden muss. Dies gilt auch für Therapeuten, welche nicht über Zusatzqualifikationen in Form von Zertifikatsleistungen verfügen. Ebenso wird dargestellt, dass eine fachliche Leitung eingesetzt werden kann und die Ausübung der fachlichen Leitung im Rahmen eines Job-Sharing-Verfahrens möglich ist. Die Höchstzahl an fachlichen Leitern ist nicht begrenzt. Letztlich muss die fachliche Leitung der Praxis gewährleistet sein. Die Praxis muss mindestens drei Tage in der Woche für mindestens 25 Stunden für die Therapie der Kassenpatienten zur Verfügung stehen. Dies ergibt sich aus dem FAK.

Klarstellend ist mitunter noch aufgenommen worden, dass sowohl die Namen, Geburtsdaten, vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit und der Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit sowie die Qualifikation der beschäftigten Therapeuten der Zulassungsstelle vor Beginn der Tätigkeit unaufgefordert nachzuweisen sind. Bei Änderungen ist ebenso unaufgefordert und unverzüglich eine Mitteilung zu machen.

Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern sowie Studentinnen und Studenten ist neu geregelt worden. Der Einsatz dieser Personen im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung zu einem Beruf in der Physiotherapie ist möglich. Der zugelassene Leistungserbringer muss den Nachweis erbringen, dass er mit der jeweiligen Fach- und/ oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung geschlossen hat sowie abhängig vom Lernstand unter Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten oder entsprechend fachlich qualifizierten Person die Tätigkeit abgegeben wird. Im Rahmen des FAK ist darüber hinaus festgehalten, dass Schüler und Studenten abhängig vom Lernstand Patienten auch selbstständig behandeln dürfen, wobei eine Aufsicht und die Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person gewährleistet sein muss. Allerdings muss eine persönliche Anwesenheit eines ausgebildeten Physiotherapeuten im Raum der Leistungsabgabe nicht gewährleistet sein. Schüler und Studenten dürfen jedenfalls nicht allein im Rahmen von Hausbesuchen Leistungen abgeben. Nur unter ständiger Aufsicht und Anwesenheit eines qualifizierten Leistungserbringers dürfen Schüler und Studenten besondere Maßnahmen der Physiotherapie (sogenannte Zertifikatspositionen) abgeben.

Der zugelassene Leistungserbringer oder die fachliche Leitung können bis zu einer Dauer von 6 Monaten bei Verhinderung, Pflege einer oder eines pflegebedürftigen Angehörigen durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft / Elternzeit in der Praxis vertreten werden. Der zugelassene Leistungserbringer hat der ARGE Heilmittelzulassung die Personalien der vertretenden Person wie voraussichtlich die Dauer der Vertretung unverzüglich mitzuteilen. Allerdings muss die vertretende Person die notwendigen personellen Voraussetzungen erfüllen.

Die verordnenden Leistungen dürfen nur in der Praxis oder im Hausbesuch durchgeführt werden. Weitere Ausnahmen existieren für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Diese können auch ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis behandelt werden, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Möglich ist dies auch bei Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder bei Regelschulen.

Nun kann die Behandlung auch außerhalb der Praxisräume im unmittelbaren räumlichen Umfeld der Praxis oder im Rahmen eines ärztlich verordneten Hausbesuchs im unmittelbar häuslichen Umfeld des Patienten erfolgen. Genauere Angaben dazu, was unter dem unmittelbaren räumlichen Umfeld der Praxis oder dem unmittelbaren häuslichen Umfeld zu verstehen ist, existieren derzeit nicht.

Die Behandlung eines Versicherten kann in begründeten Fällen abgelehnt oder abgebrochen werden. Der Grund dafür ist dem Versicherten mitzuteilen und ebenso der zuständigen

Krankenkasse auf Nachfrage zu erläutern. Ein Grund ist beispielsweise die fehlende Vertrauensgrundlage oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patienten.

Sollten zwei Verordnungen mit identischen ICD-10-Codes und identischer Diagnosegruppe vorliegen, ist eine parallele Leistungserbringung nicht möglich. Eine Ausnahme gilt, sofern unterschiedliche Lokalisationen der behandelten Körperregionen vorliegen.

Selbstverständlich dürfen Leistungen nur in dem Umfang abgerechnet werden, wie sie erbracht wurden.

Sofern Heilmittel abgegeben werden, wenn sich der Versicherte in vollstationärer Behandlung befindet, ist dies nur statthaft, wenn dem Leistungserbringer dies nicht bekannt ist. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist eine Leistungserbringung von Heilmitteln ohne weiteres möglich.

Dokumentation

Der zugelassene Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit vorzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist nach dem Rahmenvertrag 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Aus der Verlaufsdokumentation müssen sich die einzelnen erbachten Leistungen sowie die Reaktion des Patienten beziehungsweise Besonderheiten bei der Durchführung ergeben. Ebenso muss sich daraus ergeben, welcher Therapeut die Leistungen erbracht hat. Aus dem Rahmenvertrag ergibt sich die 5-jährige Aufbewahrungsfrist. Aus dem Patientenrechtegesetz jedoch eine 10-jährige Aufbewahrungspflicht. Demnach ist eine Aufbewahrung für 10 Jahre vorzunehmen.

Ergänzende Heilmittel

Sofern ergänzende Heilmittel verordnet wurden, welche nicht näher spezifiziert wurden, muss nunmehr nicht mehr das günstigste sondern das wirksamste Heilmittel ausgewählt werden. Zum Thema der Hausbesuche ist geregelt, dass Hausbesuche grundsätzlich von dem zugelassenen Leistungserbringer innerhalb seines üblichen Praxisbereich nicht abgelehnt werden können. Konkreter ist dies nicht formuliert. Sollten also personelle Kapazitäten nicht vorhanden sein, muss ein Hausbesuch definitiv nicht durchgeführt werden. Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen Heilmittelerbringers erbringen, ist innerhalb seines üblichen Praxisbereichs möglich. Hierdurch entstehen viele neue Regelungen. Zum einen müssen für Mitarbeiter, welche ausschließlich außerhalb der Praxis tätig sind, keine Räume mehr vorgehalten werden und zum anderen wird der Einsatz von Personen, welche weit weg von der Praxis Leistungen abgeben, eingeschränkt. Der Begriff des üblichen Praxisbereichs ist zwar nicht definiert. Allerdings dürfte hier jedenfalls nun die Abrechnung von Leistungen ausgeschlossen sein, wenn die Patienten derart weit von

der Praxis weg wohnen, was der Weg von der Praxis zu dem Hausbesuch üblicherweise nicht durchgeführt werden würde.

Patientenbestätigung

Betreffend der Bestätigung der Leistung muss diese unter Angabe des Datums vom Versicherten durch Unterschrift bestätigt werden. Bei der Manuellen Lymphdrainage ist die Therapie-dauer je Sitzung zusätzlich anzugeben. Bestätigung im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig. Unter Globalbestätigungen versteht man, dass der Patient vor Erhalt der Leistungen alle Unterschriften erbringt. Somit ist es nun auch möglich den Leistungserhalt nach der Behandlung zu bestätigen. Dies muss nicht zwingend am Tag der Leistungserbringung geschehen. Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist selbst zu unterschreiben, kann die Bestätigung durch einen gesetzlichen Vertreter oder eine Betreuungsperson erfolgen. Ein Hinweis darauf, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite der Verordnung zu notieren. Unter Betreuungspersonen versteht man auch Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen. Unter keinen Umständen darf der Therapeut oder Praxisinhaber die Unterschrift ableisten. Sofern Patienten noch nicht das 10 Lebensjahr vollendet haben, ist die schriftliche Bestätigung vom gesetzlichen Vertreter oder einer Betreuungsperson abzugeben. Mit Vollendung des 10. Lebensjahr kann der Patient nun rechtlich abgesichert den Empfang der Maßnahme selbst quittieren.

Zulassung

Die Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Kassenzulassung erteilt wurde. Die Abrechnungsberechtigung ist in der Regel spätestens 4 Wochen nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen zu erteilen.

Betreffend der räumlichen Voraussetzungen gab es erhebliche Änderungen. Die Therapiefläche muss nunmehr nur noch 23 qm betragen, sofern ein Therapeut alleine tätig ist. Die Therapiefläche teilt sich dann auf in einen Behandlungsbereich von 15 qm und einen weiteren Behandlungsbereich von 8 qm. Jeder weitere Therapeut erfordert einen zusätzlichen Behandlungsbereich von mindestens 8 qm. Durchgangsräume sind nicht gestattet. Es muss eine lichte Deckenhöhe im Behandlungsbereichen von mindestens 2,40 m vorhanden sein. Händedesinfektion muss in jedem Behandlungsraum beziehungsweise Behandlungsbereich möglich sein. Sofern Krankengymnastik am Gerät abgegeben werden soll, muss ein zusätzlicher Behandlungsbereich von mindestens 30 qm vorgehalten werden.

Zertifikatspositionen

Sogenannte Zertifikatsleistungen dürfen nur von Therapeuten abgegeben werden, welche über die entsprechende Qualifikation verfügen und diese der Zulassungsstelle nachgewiesen haben. Vor Abrechnung der Leistung muss eine Erteilung der Abrechnungsbefugnis vorliegen.

Behandlungsbeginn

Bei üblichen Verordnungen muss die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Sofern der Beginn innerhalb der 28 Tage nicht möglich war, ist eine Abrechnung nicht möglich und die Verordnung ist ungültig. Der Arzt kann ein späteren Behandlungsbeginn auch nicht vermerken. Allerdings kann die Verordnung durch den Arzt entweder mit Unterschrift und Datumsabgabe im Rahmen des Ausstellungsdatums geändert werden oder es kann eine neue Verordnung ausgestellt werden. Dann ist sie wiederum gültig.

Sollte ein dringender Behandlungsbedarf festgestellt worden sein und müsste somit die Behandlung innerhalb von 14 Tagen erfolgen, ist es möglich unter Angabe von Datum und Unterschrift des Arztes das Kreuz betreffend der dringlichen Behandlungsbedarfs zu streichen. In einem solchen Fall muss dies jedoch vor der Abrechnung erfolgen und die Behandlung muss innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.

Sofern das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder sollte der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagieren muss der zugelassene Leistungserbringer den verordnenden Arzt unverzüglich informieren und die Therapie abbrechen. Sollte der Leistungserbringer im Rahmen der Befundung zu der Erkenntnis gelangen, dass das Therapieziel mit der ärztlich verordneten Leistung durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, muss der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Arzt informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplatz abzustimmen und gegebenenfalls eine neue Verordnung zu erhalten. Sofern die Behandlung beispielsweise wegen fehlender Therapiefähigkeit des Versicherten abgebrochen wird, ist der Arzt darüber zu informieren. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

Verordnungen mit bis zu 6 verordneten Behandlungseinheiten verlieren 3 Monate, Verordnungen mit mehr als 6 verordneten Behandlungseinheiten 6 Monate ab dem ersten Behandlungstag ihre Gültigkeit. Die Behandlung ist nach dem Ablauf der Gültigkeitsdauer der Verordnung abzubrechen. Bei Verordnungen, welche bis zum 31.07.2021 verordnet wurden, gelten ergänzende Regelungen.

Speziellere Regelungen liegen beim Entlassmanagement vor. Solche Verordnungen müssen innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen werden und innerhalb von 12 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen sein. Behandlungseinheiten, welche nicht innerhalb von 12 Kalendertagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch genommen wurden, verfallen.

Behandlungsunterbrechung

Wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

In Ausnahmefällen kann die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen werden. Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den Buchstaben T, F und K auf dem Verordnungsblatt. T steht dabei für therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung. K steht dabei für Krankheit der oder des Versicherten/

des Leistungserbringers und F steht dabei für Ferien beziehungsweise Urlaub der oder des Versicherten beziehungsweise des Leistungserbringers.

Die Beurteilung, ob die Dauer der Unterbrechung das Therapieziel gefährdet, liegt dabei allein dem Leistungserbringer. Behandlungsunterbrechung stellen ferner keine Abweichung der Frequenz dar. Sofern die genannten Regeln eingehalten werden, gelten die Verordnungen auch über die 12- Wochenfrist gemäß § 7 Abs. 6 der Heilmittelrichtlinie hinaus.

Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestelltten Verordnung zur selben Diagnose begonnen wird.

Zuzahlung

Betreffend der gesetzlichen Zuzahlung ist geregelt, dass der auf der Verordnung angegebene Status für den Leistungserbringer und die Krankenkasse bindend ist. Dies wiederum gilt jedoch nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitraum gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird.

Von großer Bedeutung ist, dass die gesamte Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung fällig ist. Der zugelassene Leistungserbringer hat die Versicherten vor Beginn der Behandlung über die Zuzahlungspflicht und über die Fälligkeit der Zuzahlung am ersten Tag der ersten Behandlung aufzuklären. Sofern der Versicherte seine Zuzahlung geleistet hat, erhält er darüber eine Quittung. Auf der Quittung ist auf den Erstattungsanspruch bei zu viel entrichteter Zuzahlung hinzuweisen.

Sofern die Zuzahlung nicht am ersten Behandlungstag entrichtet wird, hat der zugelassene Leistungserbringer ab dem Tag der zweiten Behandlung den Versicherten schriftlich an die Zuzahlung zu erinnern und ihm eine Zahlungsfrist von 14 Kalendertagen einzuräumen. Zahlt der Versicherte trotz dieser gesonderten schriftlichen Aufforderung die Zuzahlung bis zum Ende der Behandlungsserie beziehungsweise bis zum Ablauf der Zahlungsfrist nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. In diesem Fall berechnet die Praxis die Bruttopreise und verwendet bei der Abrechnung der Zuzahlung gemäß Ziffer 8.1.3. der Anlage 3 der Abrechnungsrichtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V den Schlüssel 2. Dieser Schlüssel 2 deutet darauf hin, dass keine Zuzahlung trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung erbracht wurde.

Sofern eine zu hohe Zuzahlung eingezogen wurde, ist diese dem Versicherten zurück zu erstatten. Der Versicherte erhält nach Rückgabe der ursprünglich ausgestellten Quittung eine neue Quittung durch die Praxis.

Zusätzliche Leistungen

Neue Regelungen gibt es auch zu den zusätzlich abgegeben Leistungen, welche möglicherweise zusätzlich abgegeben werden und von Patienten gewünscht sind. Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Zahlungen gefordert werden. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.

Die Vereinbarung einer Zusatzleistung darf nicht zur Bedingung einer Vertragsleistung werden. Somit kann auch weitere Therapiezeit zwischen der Praxis und dem Patienten vereinbart werden, sofern dies schriftlich erfolgt und die Kassenleistung nicht abhängig ist von der zusätzlichen Leistung.

Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Heilmitteldisziplin angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass der Versicherte die für diese Leistung separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. Wartebereiche und Toiletten können gemeinsam genutzt werden. Es ist auch möglich, dass in einer zugelassenen Praxis Leistungen als Heilpraktiker, Ernährungsberater oder Kosmetiker abgegeben werden. Es ist dabei strikt darauf zu achten, dass gesonderte Räume vorzuhalten sind, welche nicht Voraussetzung sind für die Leistungsabgabe der konkreten Heilmitteldisziplin.

Versorgungsauftrag der Krankenversicherungen

Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern. Sollte also eine Praxis keine terminlichen Kapazitäten haben, kann an die Krankenkasse verwiesen werden. Mit der Leistungspflicht der Krankenkassen darf nicht geworben werden.

Freie Therapeutenwahl

Eine Zusammenarbeit zwischen Praxen und Ärzten, die die freie Wahl des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst, ist nicht gestattet.

Datenschutz

Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen müssen eingehalten werden. Hier wird insbesondere Bezug genommen auf die Datenschutzgrundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz. Somit kommen Praxisinhaber nicht mehr daran vorbei sich an die Datenschutzgrundverordnung zu halten. Dies setzt insbesondere eine datenschutzrechtliche Dokumentation voraus, welche unter anderem aus der Liste der technischen und organisatorischen Maßnahmen und dem Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten bestehen.

Ein Behandlungsbereich soll durch einen Sichtschutz in einer Höhe von mindestens 2 Metern von anderen Bereichen abgegrenzt sein. Der Zugang zum Behandlungsbereich sollte ebenfalls sichtgeschützt sein.

Abrechnungsfrist

Eine Rechnungsstellung je zugelassenem Leistungserbringer ist monatlich bis zu dreimal für alle abgeschlossenen oder beendeten Verordnungen möglich.

Übrigens müssen alle Verordnungen, welche ab dem 01.08.2021 ausgestellt wurden, innerhalb von 9 Monaten nach Abschluss der Verordnung zur Abrechnung bei der Krankenkasse vorliegen. Dies gilt für alle Forderungen gegenüber den Krankenkassen, also auch für Nachberechnungen.

Vergütung

Die Bezahlung von Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an das Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Die Krankenkasse gerät bei Nichteinhaltung der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch den zugelassenen Heilmittelerbringer bedarf (§ 286 BGB) im Weiteren gilt § 288 BGB.

Rückforderungen

Die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

Rückforderungen der Krankenkassen sind nun innerhalb von 9 Monaten nach Eingang der Abrechnung möglich. Rückforderungen wegen sogenannter unerlaubter Handlungen, wie zum Beispiel die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, sind gemäß § 45 SGB I innerhalb von 4 Jahren gemäß der gesetzlichen Frist möglich.

Sollte nachträglich festgestellt werden, dass im Rahmen der Verordnung eine falsche Krankenkasse angegeben wurde, führt dies nicht zum Rückforderungsanspruch der irrtümlicherweise angegebenen Krankenkasse.

Änderungen der Zulassung

Eine Praxis, welche über eine Zulassung verfügt, muss zulassungsrelevante Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse unaufgefordert und mindestens 2 Wochen vor der Änderung gegenüber der ARGE Heilmittelzulassung anzeigen. Darüber hinaus müssen die Zulassungsbedingungen dauerhaft erfüllt werden.

Die Praxisräume „sollen“ nur noch zusammenhängend sein. Folglich sind Ausnahmegenehmigungen bei nicht zusammenhängenden Räumen möglich.

Sollte die Praxis ohne Inhaberwechsel verlegt werden, werden im Zulassungsverfahren nur die räumlichen Voraussetzungen geprüft. Sofern die Praxis ohne Verlegung verkauft wird, werden

hingegen nicht die räumlichen jedoch die persönlichen Voraussetzungen des neuen Praxisinhabers sowie die Pflichtausstattung geprüft.

Die Zulassung endet in jedem Fall, wenn sich die Rechtsform der Praxis ändert. In einem solchen Fall werden nur die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen sowie die Pflichtausstattungen geprüft, wenn die Praxis weiter betrieben wird. Die Zulassung endet hingegen nicht, wenn weitere Personen in eine Personengesellschaft und/oder juristische Personen aufgenommen werden oder wenn Personen aus einer Personengesellschaft und/oder juristischen Person ausscheiden. Dies muss jedoch der ARGE Heilmittelzulassung gemeldet werden.

Sofern bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisveräußerung oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch einen Versicherten zwei verschiedene Praxen in Anspruch genommen wurden, ist durch Information an die Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen, also dem Original und der Kopie, entsprechend zu dokumentieren. Die Leistungsbestätigung muss auf den jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlagen erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind Teilabrechnungen nicht möglich.

Öffnungszeiten

Die Krankenkassen haben den Sicherstellungsauftrag (Versorgungsauftrag), sodass die Krankenkassen sicherstellen müssen, dass Patienten entsprechend versorgt werden. Um diesen Auftrag zu erfüllen, werden die zugelassene Leistungserbringer eingebunden. Daraus ergibt sich aber auch, dass die Praxis an mindestens 3 Tagen die Woche für mindestens 25 Stunden die Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte geöffnet haben muss. Ausgenommen von diesen Zeiträumen sind temporäre Abwesenheiten während der Öffnungszeiten aufgrund der Durchführung von ärztlich verordneten Hausbesuchen sowie der Erbringung von Leistungen in sozialen Einrichtungen beziehungsweise bei Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung.

Barrierefreiheit

Sofern neue Räume für eine Praxis genutzt werden, sollen diese barrierefrei sein. Somit muss ein Grund bestehen, wenn diese nicht barrierefrei sind. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.

Qualitätssicherungsmaßnahmen und Kontrollen

Jedem Praxisinhaber sollten die Maßnahmen bei Vertragsverstößen bekannt sein. Nach einer Anhörung kann eine Krankenkasse bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung aussprechen und eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes setzen. Es kann eine schriftliche Verwarnung ausgesprochen werden, wenn der Verstoß nicht mehr andauert. Bei

schwerwiegenden und wiederholten Verstößen kann eine angemessene Vertragsstrafe verlangt werden. Darüber hinaus kann die Zulassung entzogen werden.

Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere Nichterfüllung von personellen, räumlichen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringer, Abrechnung nicht erbrachter Leistung, nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen und Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.

Die Krankenkassen sind im Rahmen der Qualitätssicherung zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen berechtigt. Somit können beispielsweise Patientenbefragungen durchgeführt werden. Auch Praxisbegehungen sind möglich. Diese müssen 14 Tage vorher angekündigt werden. Die Verlaufsdocumentationen können von den Krankenkassen im Rahmen der Maßnahmen der Qualitätssicherungen eingesehen werden. Sofern es zu Beanstandungen kommt, entscheiden die Krankenkassen nach einer Anhörung welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Beanstandung innerhalb welcher Frist durchzuführen hat. Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der gesetzten Frist behoben werden, liegt ein Vertragsverstoß vor, welcher die Krankenkassen dazu berechtigt Maßnahmen zu ergreifen. Alle Beteiligten sind dabei ebenso dem Datenschutz verpflichtet.

Im Rahmen der Qualitätssicherung, muss der zugelassene Leistungserbringer oder die fachliche Leitung der Fortbildungspflicht nachkommen. Die Leistungserbringer haben sich beruflich mindestens alle zwei Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Die umfangreichen Fortbildungsverpflichtungen beziehen sich nicht auf die Angestellten, sofern diese nicht fachliche Leiter sind. Die Fortbildungsverpflichtung des Praxisinhabers beziehungsweise der Fachlichen Leitung umfassen 60 Fortbildungspunkte für 4 Jahre. Möglichst sollten 15 Punkte jährlich, mindestens alle 2 Jahre erreicht werden. Ein Fortbildungspunkt entspricht einer Unterrichtseinheit von 45 Minuten. Der Betrachtungszeitraum beträgt 4 Jahre. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01.08.2021. Es gibt Unterbrechungsmöglichkeiten betreffend des Betrachtungszeitraums in mehreren speziellen Konstellationen wie der Pflege von Angehörigen oder einer Schwangerschaft. In zwischen gibt es sogar die Möglichkeit Fortbildungen über Printmedien oder E-Learning vorzunehmen. Näheres hierzu wird in der Anlage 4 geregelt.

Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher, soweit möglich, vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.

Der zugelassene Leistungserbringer ist dazu verpflichtet sicherzustellen, dass seine Daten bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen stets aktuell sind. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte Institutionskennzeichen abzumelden.

Stand Januar 2022 – Version 1