Rahmenvertrag über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung vom 01.04.2023

zwischen

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV e.V., Berlin

und

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG –
als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft – LBG, Kassel

mit

dem Verband für Physiotherapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Hamburg

und

dem VDB-Physiotherapieverband e.V., Berlin

und

dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln

und

dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) e.V., Bochum

§ 1 Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, eine besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird. Dazu gehört auch die Versorgung von Unfallverletzten/Berufserkrankten durch die Angehörigen der physiotherapeutischen Berufe.

§ 2 Zulassung

(1) Personen, die für die Behandlung Unfallverletzter und Berufserkrankter die Zulassungsvoraussetzungen nach Abs. 2 und Abs. 3 erfüllen und diesen Vertrag anerkennen, sind: selbständige Personen sowie verantwortliche, fachliche leitende Personen, die in physiotherapeutischen und physikalischen Einrichtungen (medizinische Badebetriebe, Massagepraxen, Physiotherapiepraxen) tätig sind.

(2) Die Zulassung richtet sich nach dem Vertrag gemäß § 125 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit der Anlage „Zulassungsvoraussetzungen", in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Wer eine Praxis führt, dort angestellt ist oder regelmäßig als freier Mitarbeitender tätig ist, muss zusätzlich eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren in einer Teil- oder Vollzeittätigkeit nachweisen können. Erfahrungszeiten in einer geringfügigen Beschäftigung werden nicht angerechnet.

In der vorgeschriebenen berufspraktischen Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren müssen mindestens 20 Unfallverletzte behandelt worden sein. Der Nachweis kann alternativ auch durch eine Bestätigung über eine sechsmonatige stationäre klinische Tätigkeit erbracht werden. Praxisinhabende erfüllen die Zusatzvoraussetzung auch, wenn sie zum Zeitpunkt des Therapiebeginns seit mindestens fünf Jahren eine Zulassung nach § 124 SGB V haben.

Berufspraktische Erfahrungszeiten verfallen, wenn die regelmäßige Berufstätigkeit als Therapeut oder Therapeutin mehr als acht Jahre unterbrochen wird.

(4) Die Praxen, die die Anforderungen nach Abs. 2 und Absatz 3 erfüllen, gelten automatisch als zugelassen. Praxisinhabende prüfen selbst, ob sie die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und bestätigen dies mit der Annahme der Verordnung

und der Durchführung der Behandlung.

(5) Zulassungen, die im Rahmen des vor dem 01.07.2004 geltenden Zulassungsverfahrens bestanden bzw. ausgesprochen wurden, bleiben unberührt.

§ 3 Rechte der Landesverbände der DGUV zur Prüfung und Beendigung der Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden

(1) Die Landesverbände der DGUV sind berechtigt, die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringenden zur Erbringung von Leistungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zu überprüfen. Zu diesem Zweck können die Landesverbände der DGUV die zulassungsrelevanten/erforderlichen Unterlagen beim zugelassenen Leistungserbringenden anfordern und in begründeten Fällen durch schriftliche Mitteilung feststellen, dass keine unfallversicherten Personen mehr beim Leistungserbringenden behandelt werden dürfen.

Diese Feststellung wird unter anderem getroffen, wenn

1. eine der Zulassungsvoraussetzungen (vgl. § 2 Abs. 2 und 3) nicht vorliegt,
2. eine Leistung ausgeführt wurde, für die die erforderliche Zusatzqualifikation nicht vorlag,
3. nicht erbrachte Leistungen abgerechnet wurden,
4. wiederholt oder trotz Aufforderung zur Unterlassung gegen die vertraglichen Regelungen der §§ 4-11 verstoßen wurde.

Vor dem Ausspruch des Behandlungsverbots ist dem Leistungserbringenden rechtliches Gehör zu gewähren.

(2) Die Leistungserbringenden verpflichten sich, bei personellen und sächlichen Veränderungen in der Praxis/im Betrieb, durch die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 nicht mehr erfüllt sein könnten, unverzüglich eine Klärung durch den für ihn zuständigen Landesverband der DGUV herbeizuführen. Beim Entzug der Kassenzulassung gemäß § 124 SGB V wird vom Nichtvorliegen der Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 ausgegangen, sodass ab diesem Zeitpunkt keine Behandlungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers mehr zulässig sind.

§ 4 Datenschutz

(1) Leistungserbringende und Unfallversicherungsträger sind aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen relevanten Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Die Praxisinhabenden sowie alle in ihrer Praxis tätigen Personen unterliegen hinsichtlich der personenbezogenen Daten der Unfallverletzten/Berufserkrankten und hinsichtlich deren Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin und dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

(2) Die Praxisinhabenden haben die in ihrem Betrieb tätigen Personen zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen sowie der Einhaltung der Schweigepflicht anzuhalten.

§ 5 Haftung

Praxisinhabende haben für die in ihrem Betrieb tätigen Personen (einschließlich der freien Mitarbeitenden) in gleichem Umfang zu haften wie für sich selbst.

§ 6 Qualitätssicherung

(1) Zugelassene Leistungserbringende haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation in den für die Behandlung von Unfallverletzten/Berufserkrankten relevanten Fachbereichen regelmäßig entsprechend den Fortbildungsverpflichtungen der GKV fortzubilden.

(2) Zugelassene Leistungserbringende sind angehalten, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen der DGUV/SVLFG zu beteiligen. Diese sind vorab mit den Physiotherapeutenverband einvernehmlich abzustimmen.

§ 7 Durchführung der Behandlung

(1) Die Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die nach § 20 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger zwischen DGUV/SVLFG und KBV (Ärztevertrag) von einem von den Unfallversicherungsträgern hierzu bevollmächtigten Arzt oder Ärztin (Durchgangsärzte/Durchgangsärztinnen, vom D-Arzt oder D-Ärztin

hinzugezogene Ärzte oder Ärztinnen, Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Ärztevertrages oder behandelnde Ärztin/Arzt bei Berufskrankheiten) ausgestellt wurde.

(2) Der Auftrag wird von der Ärztin oder vom Arzt schriftlich auf dem für die gesetzliche Unfallversicherung bestimmten Verordnungsblatt erteilt; es dürfen nur ärztlich verordnete Leistungen ausgeführt werden. Die in der Verordnung enthaltenen Vorgaben, insbesondere der Beginn der physiotherapeutischen Behandlung, die Behandlungsfrequenz, die Anzahl der Behandlungseinheiten pro Tag und die Zeitintervalle pro Behandlungseinheit sind unter Berücksichtigung der Regelungen der Absätze 3 bis 9 einzuhalten. Die übliche Bestätigung der Inanspruchnahme der Leistung durch die versicherte Person ist festzuhalten. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung. Dies gilt auch für die nach Abs. 7 neu eingeführte Doppelbehandlung bei komplexen Verletzungsmustern. In diesem Fall hat die versicherte Person die Inanspruchnahme der Leistung zwei Mal zu quittieren.

(3) Mit der Behandlung ist grundsätzlich zum vom Arzt oder der Ärztin auf der Verordnung angegebenen Datum zum Physiotherapiebeginn, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf (entsprechend der Angabe auf der Verordnung) innerhalb von 7 Kalendertagen, zu beginnen. Gibt die Ärztin oder der Arzt kein Datum zum Behandlungsbeginn an oder ist der eingetragene Physiotherapiebeginn offensichtlich fehlerhaft (z. B. der Physiotherapiebeginn liegt vor dem Ausstellungsdatum), gilt das Datum der Ausstellung der Verordnung als Physiotherapiebeginn.

Im begründeten Ausnahmefall kann zwischen verordnendem Arzt oder Ärztin und Leistungserbringenden ein späterer Therapiebeginn vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8" zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE" (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt oder der Ärztin entfällt der Vergütungsanspruch.

(4) Die Behandlungsfrequenz ist entsprechend der Verordnung einzuhalten. Nach Ablauf von zwei Monaten nach dem vom Arzt oder Ärztin auf der Verordnung unter Feld 8 angegebenen Datum zum Physiotherapiebeginn bzw. dem Verordnungsdatum (siehe Regelungen in Abs. 3) verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und die Ausstellung einer neuen

Verordnung durch den D-Arzt/die D-Ärztin wird erforderlich. Unterbrechungen sind zulässig, sofern die behandlungsfreie Zeit deswegen nicht mehr als 14 Tage beträgt und das Therapieziel nicht gefährdet wird.

Wenn die auf der Verordnung angegebene Anzahl der Behandlungen nicht vor Ablauf der Gültigkeit der Verordnung erbracht werden kann, kann zwischen verordnendem Arzt/Ärztin und Leistungserbringendem die Durchführung der noch offenen verordneten Behandlungen vereinbart werden, ohne dass eine erneute Verordnung ausgestellt werden muss, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8" zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE" (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt oder Ärztin entfällt der Vergütungsanspruch für die nach Ablauf der Gültigkeit der Verordnung durchgeführten Behandlungen.

(5) Langzeitverordnungen (Dauer sechs Monate, danach neue Verordnung erforderlich) bedürfen der Kostenzusage des zuständigen Unfallversicherungsträgers in Textform. Diese ist vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person vor Leistungsbeginn beim zuständigen Unfallversicherungsträger einzuholen. Die Langzeitverordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald an mehr als vier Kalenderwochen keine Therapie stattgefunden hat. Ausnahme: Im Falle einer stationären Rehabilitation, die länger als 21 Tage dauert, gilt die Verordnung fort, wenn die Behandlung innerhalb von 7 Tagen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme fortgesetzt wird. Die Gültigkeit der Dauer der Langzeitverordnung wird durch keine der genannten Maßnahmen über den ursprünglichen Verordnungszeitraum von 6 Monaten verlängert. Sollten bei der versicherten Person Änderungen eintreten, die sich auf dessen Rehabilitationsfähigkeit auswirken, darf der Unfallversicherungsträger jederzeit die Langzeitverordnung überprüfen, ändern und ggf. beenden.

(6) Eine höhere Anzahl von Zeitintervallen pro Behandlungseinheit (als das Regel-Zeitintervall) bzw. eine höhere Anzahl von Behandlungseinheiten pro Tag (als eine Behandlungseinheit am Tag) kann nur erbracht werden, wenn sie ärztlich verordnet ist. Änderungen bzw. Ergänzungen können entweder arztseitig mit erneuter ärztlicher Unterschrift und Datumsangabe oder im Einvernehmen mit dem Arzt oder der Ärztin erfolgen. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist durch den Leistungserbringenden auf der

Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld "6" mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE" (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt entfällt insoweit der Vergütungsanspruch.

(7) Ausschließlich bei komplexen Verletzungsmustern besteht für die Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen folgende Abrechnungsbesonderheit:

Für eine umfassende Befragung und Untersuchung des Versicherten zur Festlegung der Therapieziele und der Therapieplanung können in derselben Praxis die erste und zweite Behandlungseinheit im Rahmen der ersten Verordnung ausnahmsweise zu einer Behandlungseinheit zeitlich zusammengelegt werden. Ein solcher Ausnahmefall des komplexen Verletzungsmusters liegt bspw. vor, wenn mehrere Körperregionen oder mehrere große Gelenke betroffen und therapiebedürftig sind, typischerweise nicht bei Monoverletzungen.

Das Gesundheitsproblem und der aktuelle Zustand der versicherten Person werden dabei individuell und ganzheitlich entsprechend des bio-psychosozialen Modells der ICF und deren Komponenten (Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, unter Einbezug der relevanten Umweltfaktoren sowie personenbezogene Faktoren) erfasst. Die Regelung zur Abrechnungsmöglichkeit von Doppelbehandlungen kann bei Bedarf zwei Jahre nach Beginn der Geltungsdauer des Vertrages durch die DGUV überprüft werden.

(8) Werden die Zulassungsvoraussetzungen nur von in der Praxis regelmäßig tätigen freien Mitarbeitenden erfüllt (vgl. §§ 2 Abs. 2 u. 3), so darf die Behandlung nur von ihnen durchgeführt werden.

(9) Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht verordnungs-/vertragsgemäß ausgeführt werden, ist die Behandlung zu beenden. Hierüber ist unverzüglich der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin zu unterrichten. Bei Gründen, die in der versicherten Person liegen (z. B. wiederholtes unentschuldigtes Nichterscheinen zu den vereinbarten Terminen, Gefährdung des Rehabilitationsziels aufgrund fehlender Compliance), ist die Behandlung zu beenden und der UV-Träger zu unterrichten.

§ 8 Vergütung

(1) Die Vergütung für die erbrachten Leistungen richtet sich nach dem als Anlage beigefügten "Leistungs- und Gebührenverzeichnis". Die Gebühren beziehen sich jeweils auf ein Zeitintervall (= 10 Minuten), soweit nichts anderes bestimmt ist. Soweit keine Gebühren aufgeführt sind ("B"-Positionen), gelten die Gebührensätze des Vertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V für den Heilmittelbereich Physiotherapie.

Bei allen mit einem (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes. Kann die Nachruhe nicht abgegeben oder von der versicherten Person nicht in Anspruch genommen werden, ist der jeweilige Vergütungssatz um den Betrag nach Ziffer 8601 des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses zu kürzen.

(2) Mit den vereinbarten Gebühren sind auch die sächlichen Leistungen (Strom, Wasser usw.) abgegolten.

(3) Der Vergütungsanspruch entsteht ausschließlich in der Person des Praxisinhabenden, auch wenn die Leistungen von angestellten oder freien Mitarbeitenden erbracht worden sind.

(4) Fehlen festgelegte Zulassungsvoraussetzungen (§ 2 Abs. 2 u. 3), besteht kein Vergütungsanspruch.

(5) Der Vergütungsanspruch der Praxisinhabenden besteht aus Gründen des Vertrauensschutzes auch dann,

- wenn ein Behandlungsauftrag auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsblatt von Ärzten und Ärztinnen erteilt wurde, die nicht vom Träger der Unfallversicherung dazu bevollmächtigt wurden,
- wenn bevollmächtigte Ärzte und Ärztinnen (§ 7 Abs.1) zu Unrecht die Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung angenommen haben.

Auf Vertrauensschutz können sich Praxisinhabende nicht berufen, wenn sie zum Zeitpunkt der Annahme der Verordnung wussten, dass die Ärztinnen oder Ärzte zur Verordnung nicht berechtigt waren.

§ 9 Rechnungslegung

(1) Rechnungen über erbrachte Leistungen sind von Praxisinhabenden auszustellen. Einzel- wie auch Sammelabrechnungen sind möglich. Bei Langzeitverordnungen sind zudem Zwischenabrechnungen möglich.

(2) Den Rechnungen sind die ärztlichen Verordnungen (§ 7 Abs. 1) beizufügen (bei Zwischenabrechnungen Verordnungskopien). Auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung ist die Entgegennahme der Leistungen durch Unterschrift der versicherten Person zu bestätigen.

(3) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für Unfallverletzte/Berufserkrankte, für die sie ausgestellt ist.

(4) Leistungserbringende, die umsatzsteuerpflichtig sind, können am Schluss der jeweiligen Rechnung die gesetzliche Umsatzsteuer berechnen.

(5) Sofern bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisveräußerung oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringen durch die Versicherten Leistungen einer Verordnung von zwei verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Bestätigung der Entgegennahme der Leistung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage 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.

§ 10 Bezahlung

(1) Die Rechnungen sind vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung unverzüglich, spätestens jedoch drei Wochen nach Eingang zu bezahlen.

(2) Wird die Zahlungspflicht vom UV-Träger nicht eingehalten, setzt die Geltendmachung eines evtl. Verzugsschadens eine erfolglose Mahnung mit angemessener Fristsetzung (mindestens 2 Wochen) voraus. Für diese Mahnung dürfen lediglich die entstandenen Portokosten berechnet werden. Der Verzugsschaden kann pauschal in Höhe von 40 Euro geltend gemacht werden. Abs. 2 gilt nicht, wenn der UV-Träger eine Beanstandung hat und diese dem Rechnungsleger mitgeteilt hat.

(3) Die Bezahlung der Leistungen nach dieser Vereinbarung schließt die Geltendmachung von Forderungen gegen die versicherte Person aus.

§ 11 Fristberechnung

Die Berechnung etwaiger Fristen nach diesem Vertrag erfolgt nach den Auslegungsvorschriften der §§ 187 bis 193 BGB.

§ 12 Schlichtung von Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus der Durchführung dieser Vereinbarung ergeben, sind in gemeinsamen Besprechungen zwischen den regional zuständigen Landesverbänden der Vertragspartner zu schlichten. Wird eine Verständigung nicht erzielt, so hat sich der Beschwerdeführer an seine Spitzenorganisation zu wenden.

§ 13 Inkrafttreten/Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.04.2023 in Kraft.

Sie kann mit vierteljähriger Frist zum Schluss eines jeden Kalenderhalbjahres, frühestens zum 31.12.2024, gekündigt werden.

Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 8) kann gesondert mit vierteljähriger Frist, zum Ablauf der vereinbarten Gültigkeitsdauer, gekündigt werden.

(2) Falls ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung dieser Vereinbarung nicht beitritt, wird dessen Spitzenverband dies den Vertragspartnern mitteilen.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

Verbindliche Bestandteile dieser Vereinbarung sind:

1. Leistungsbeschreibung, Stand 01.04.2023
2. Leistungs- und Gebührenverzeichnis, Stand 01.04.2023 (Anlage zu § 8)
3. Formtext F 2400 „Verordnung von Leistungen zur Physiotherapie", Stand 01.04.2023

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V.

Berlin, den 6.3.23

.....

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als LBG

Kassel, den .....

.....

Verband für Physiotherapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.

Hamburg, den .....

.....

VDB-Physiotherapieverband e.V.

Berlin, den .....

.....

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

Köln, den 13.3.2023

.....

Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK) e.V.

Bochum, den 13.02.2023

.....