

**Rahmenvertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung mit podologischen Leistungen**

zwischen

dem -VDP -Verband Deutscher Podologen e.V.

und

dem – ZFD – Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V.

-nachstehend Berufsverbände genannt -

einerseits

und

dem BKK Landesverband Mitte
für die Bundesländer: Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland,
Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

und

dem BKK-Landesverband NORDWEST

für die Bundesländer: Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen,
Schleswig-Holstein

-nachstehend BKK Landesverbände genannt –

andererseits

wird folgender Rahmenvertrag zur Versorgung mit podologischen Leistungen geschlossen:

§ 1

Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages ist die wohnortnahe Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen für die Versicherten der Betriebskrankenkassen.
- (2) Dieser Vertrag gilt:
 - a) für die vertragsschließenden BKK - Landesverbände,
 - b) für die Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag geschlossen hat bzw. diesem Vertrag nicht widerspricht,
 - c) für Podologen, die zugelassen sind und diesen Vertrag schriftlich anerkennen (Anlage 1) (auch Zugelassener genannt).
 - d) für weitere Krankenkassen bzw. deren Landesverbände, soweit sie diesem Vertrag schriftlich beitreten und die im Rubrum benannten Vertragspartner dem Beitritt zugestimmt haben.
- (3) Für Anspruchsberechtigte nach Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.
- (4) Die Anlagen sind Bestandteil des Rahmenvertrages.

§ 2

Podologische Leistungen

- (1) Podologische Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und in der Anlage 4 dieses Vertrages vereinbart sind.
- (2) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Hierzu gehören Maßnahmen der podologischen Therapie.

§ 3

Richtlinien/Rahmenempfehlungen

- (1) Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene im Bereich der podologischen Therapie abgeschlossenen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt
- (2) Die Heilmittelrichtlinien sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (3) Soweit sich aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder anderer maßgeblicher Bestimmungen zwingend notwendige Änderungen am Rahmenvertrag ergeben, verständigen sich die Vertragsparteien hierzu umgehend Gespräche zu führen.

§ 4 Leistungsgrundlagen

- (1) Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Zugelassenen nicht abgelehnt werden.
- (2) Von Mitarbeitern einer im Vertragsgebiet zugelassenen Praxis erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen nach diesem Vertrag abgerechnet werden, wenn diese qualifizierte Therapeuten nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind und die vertraglichen Bestimmungen dies zulassen.

§ 5 Verordnung

- (1) Podologische Leistungen dürfen nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden. Die vertragsärztliche Verordnung ist nur gültig und kann erbracht und abgerechnet werden, wenn alle Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie enthalten sind.
- (2) Diagnose, verordnungsfähiges Heilmittel, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. 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 (vgl. § 6, Anlage 2) berechtigt und verpflichtet.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (4) Die empfangene Maßnahme ist vom Therapeuten (Zugelassener oder nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifizierter Mitarbeiter) auf der Rückseite der Verordnung anzugeben und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

§ 6 Form und Abgabe der podologischen Leistungen

- (1) Der Inhalt der einzelnen podologischen Maßnahmen sowie deren Regelbehandlungszeit sind in der Leistungsbeschreibung festgelegt (Anlage 2).
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V.
- (3) Wenn die Verordnung nicht den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie entspricht, ist diese vor Behandlungsbeginn mit dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen. Die Änderung kann durch den Vertragsarzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie mit Angabe des Datums, Stempel und erneuter Unterschrift bis zum Ende der Behandlungsserie vorgenommen werden.

- (4) Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht erbrachte Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
- (5) Der Versicherte darf in unzulässiger Weise nicht dahingehend beeinflusst werden, Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern.
- (6) Der Zugelassene hat eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, aus denen je Behandlungstag sowohl alle durchgeführten Behandlungsmaßnahmen als auch der behandelnde Therapeut ersichtlich sind. Die Unterlagen sind gemäß der gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch sechs Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
- (7) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse bezüglich Leistungserbringung und Abrechnung sind kostenfrei und unverzüglich zu beantworten.
- (8) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme sowie des Datums am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten und / oder seinen Betreuer und / oder seinen Bevollmächtigten mit Unterschrift auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung zu bestätigen. Die notwendige Bestätigung über den Erhalt der Leistung auf dem Ordnungsblatt kann in begründeten Ausnahmefällen durch eine betreuende Person (z. B. Pflegedienstleitung oder deren Beauftragte in sozialen Einrichtungen) erfolgen, wenn der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk zur Person des Unterzeichners ist zwingend auf der Verordnung anzubringen. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.

§ 7 Wahl des Podologen

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den Zugelassenen frei.
- (2) Die zuständige Krankenkasse informiert die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Zugelassenen.
- (3) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere sind zu beachten:
 - a) Werbemaßnahmen des Podologen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen. Werbung in Arztpraxen und deren Zugängen ist unzulässig.
 - b) Eine Zusammenarbeit zwischen den Podologen und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Podologen beeinflusst wird, ist nicht gestattet.
 - c) Es gelten die Vorschriften des § 128 SGB V.

§ 8 Datenschutz

- (1) Personenbezogene Daten darf der Therapeut nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) Der Therapeut 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, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Zugelassene hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284ff. SGB V sowie die §§ 67 bis 85a SGB X sind zu beachten.

§ 9 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die zuständige Krankenkasse ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.

§ 10 Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Dabei müssen die Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

§ 11 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Zugelassene / fachliche Leiter hat als Behandler ganztätig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen p. a.
- (2) Der Zugelassene ist verpflichtet, den zulassenden Stellen auf deren Anforderung seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich der zulassenden Stelle mitzuteilen.
- (3) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften ist vom Podologen und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

- (4) Der Zugelassene haftet - auch für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter - gegenüber den Versicherten und der zuständigen Krankenkasse nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (5) Der Zugelassene gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (7) Hinsichtlich Praxiseinrichtung und -ausstattung gelten die Empfehlungen gemäß § 124 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

§ 12

Personelle Voraussetzungen und Fortbildung

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Empfehlungen nach § 124 SGB V qualifizierten Podologen in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch freie Mitarbeiter sind als Leistungen des Zugelassenen abrechnungsfähig, wenn der freie Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllt. Dies gilt auch für Praktikanten, die im Rahmen ihrer Ausbildung zum Podologen unter Supervision eines nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifizierten Therapeuten tätig werden.
- (3) Die Therapeuten haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 3 dieses Vertrages fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der zulassenden Stelle unverzüglich zu erbringen.
- (4) Erfüllt der Therapeut die vereinbarte Fortbildungspflicht nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraums von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die zuständigen Stellen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 1. Juli 2008 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die Krankenkassen eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (5) Sind der Zugelassene und / oder sein fachlicher Leiter der Fortbildungsverpflichtung nicht nachgekommen, können die Krankenkassen von Beginn der Nachfrist an die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 20% des Rechnungsbetrags kürzen.

§ 13

Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes nach dem Mutterschutzgesetz/ Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Zugelassene hat der zulassenden Stelle die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich und schriftlich mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllen

und nachweisen.

- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zulassende Stelle und sind vom Zugelassenen grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters.

§ 14 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Therapeut insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Zusammenarbeit mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - d) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 7)
 - e) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der Therapeut sollte darüber hinaus bereit sein,
 - a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - b) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Therapeut hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

§ 15 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

§ 16

Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem verordnenden Vertragsarzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
 - 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 Therapeut eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Diese Änderung ist vom Therapeuten auf der Rückseite der Verordnung links unten, mit Datum und Handzeichen zu vermerken.
- (4) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - a) Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Podologen und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
 - b) 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 zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
 - c) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- (5) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Der Therapeut unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt – sofern dieser es wünscht - jeweils gegen Ende einer Behandlungsserie gemäß des Verordnungsvordrucks 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 Therapeut die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (6) Der Therapeut darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen

nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

§ 17 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:
 - a) Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6)
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § ? Abs. 5; 6 und 7)
 - d) Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - e) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - f) Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - g) Behandlungsfrequenz
 - h) Status/Zustand und Kooperation des Patienten.
- (3) Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Heilmittelerbringer nicht bewirken und die Krankenkasse nicht vergüten.

§ 18 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die zuständige Krankenkasse kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 17 Abs. 2 einleiten. Der Berufsverband kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die zuständige Krankenkasse teilt dem Zugelassenen die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem Beauftragten der zuständigen Krankenkasse innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Zugelassene hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesen Empfehlungen 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 die zuständige Krankenkasse nach Anhörung des Zugelassenen, welche Maßnahmen er zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 21 vor und berechtigt die zuständige Krankenkasse, 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.

§ 19 Vergütung

- (1) Die Vergütungen für podologische Leistungen sind abschließend in Anlage 4 geregelt. Die Preisvereinbarung kann mit der in der Anlage 4 festgeschriebenen Kündigungsfrist von den Vertragsparteien gekündigt werden.
- (2) Für die erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere (Zu-) Zahlungen nicht gefordert werden. Der Zahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen erhoben werden.

§ 20 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung..
- (2) Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal monatlich für alle abgeschlossenen Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen als Sammelrechnung einzureichen. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden. Die Originalunterschrift des Versicherten über den Empfang der Leistung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgen.
- (3) Bei der Abrechnung sind der jeweilige Abrechnungscode, das Tariffkennzeichen sowie die vertraglich vereinbarten Heilmittelpositionsnummern zu verwenden. Für jede zugelassene Praxis (z.B. Zweigniederlassung) ist ein eigenes IK zu beantragen und im Rahmen der jeweiligen Abrechnung zu verwenden.
- (4) Zahlungen an eine durch den Podologen ermächtigte Abrechnungsstelle /Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der zuständigen Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der zuständigen Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Podologen vor.
- (5) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Maßgebend für den Fristbeginn ist der Tag, an dem alle zahlungsbegründenden Unterlagen zu dem Abrechnungsfall bei der Krankenkasse

vorliegen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.

- (6) Beanstandungen müssen von der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (7) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.
- (9) Die Position für einen Hausbesuch kann an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der zuständigen Krankenkasse zu erstellen.

§ 21

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Erfüllt ein Zugelassene die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene zuständige Krankenkasse oder der BKK Landesverband schriftlich verwarnen; die zuständige Krankenkasse/der BKK Landesverband kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene zuständige Krankenkasse/der BKK Landesverband eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 25.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen. Der Zugelassene ist in jedem Fall vorher schriftlich anzuhören.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - a) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - c) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - d) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - e) Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

Ggf. zu erwägende strafrechtliche Verfolgungen bleiben hiervon unberührt.

§ 24

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01. September 2014 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2016 schriftlich von jedem einzelnen Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen oder mehrere BKK Landesverbände wirkt unmittelbar gegenüber allen Leistungserbringern. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief erfolgen..
- (2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Vereinbarungen und/oder Verträge zwischen den Vertragspartnern ihre Gültigkeit. Bei Kündigung dieses Rahmenvertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Rahmenvertrag in Kraft tritt.

§ 25 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche 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.

- Anlage 1: Anerkenntniserklärung
- Anlage 2: Leistungsbeschreibung podologische Therapie
- Anlage 3: Fortbildung podologische Therapie
- Anlage 4: Preisvereinbarung

Essen, Hannover, Reutlingen, Lüdinghausen, den 08. Juli 2014

BKK Landesverband Mitte

Verband Deutscher Podologen e.V., Reutlingen

BKK Landesverband NORDWEST

Zentralverband der Podologen und Fußpfleger
Deutschlands e.V., Lüdinghausen
