

# **Rahmenvertrag**

## **über die Erbringung und Vergütung von podologischen Leistungen in Baden-Württemberg, gültig ab dem 1. Dezember 2018**

zwischen dem

Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.  
Obere Wässere 3  
72764 Reutlingen

- nachstehend Berufsverband genannt -

einerseits

und der

IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,

dem

BKK Landesverband Süd,  
Regionaldirektion Baden-Württemberg,  
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim  
- vertreten durch die IKK classic -

- nachfolgend IKK classic/BKK genannt -

andererseits

## **Inhaltsangabe**

- § 1 Gegenstand
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Ziel der Heilmittelbehandlung
- § 4 Zulassung
- § 5 Beendigung der Zulassung
- § 6 Form und Abgabe der Leistungen
- § 7 Vertragsärztliche Verordnung
- § 8 Maßnahmen zur Fortbildung
- § 9 Qualitätssicherung
- § 10 Wahl des Leistungserbringers
- § 11 Vergütung der Leistungen
- § 12 Abrechnung
- § 13 Wirtschaftlichkeit
- § 14 Klärung von Zweifelsfragen
- § 15 Datenschutz
- § 16 Vertragserfüllung
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages
- § 19 Salvatorische Klausel

### Anlagen

- Anlage 1: Anerkenniserklärung
- Anlage 2: Zulassende Stelle
- Anlage 3: Höchstpreisvereinbarung

sowie evtl. schriftlich vereinbarte Protokollnotizen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.

Auch die jeweils aktuelle Heilmittel-Richtlinie; die Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 2 SGB V für Podologie mit Anlagen; die Zulassungsempfehlung nach § 124 Absatz 4 SGB V für Heilmittelerbringer und die Richtlinien nach § 302 SGB V sind Bestandteil dieses Vertrages (§ 1), soweit dieser nichts Abweichendes regelt.

## **§ 1 Gegenstand**

1. Der Vertrag regelt gemäß § 32 SGB V die Einzelheiten der Versorgung für die Versicherten der IKK classic/BKK mit podologischen Leistungen die von Leistungserbringern mit Praxissitz in Baden-Württemberg erbracht werden, mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung zu erreichen.

Im Detail werden geregelt:

- a) Die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der IKK classic/BKK
- b) Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Leistungserbringer und Krankenkassen
- c) Art und Umfang der podologischen Leistungen
- d) Abrechnung und Vergütung der podologischen Leistungen.

2. Die Regelungen

der Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V,  
der Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln für den Bereich Podologie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V,  
der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V  
(nach § 91 Abs. 6 SGB V verbindlich),  
der Richtlinien nach § 302 SGB V für die Abrechnung der  
„Sonstigen Leistungserbringer“

sowie deren Anlagen und Protokollnotizen in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages und der Anlagen und sind zu beachten. Der Heilmittel-Richtlinie, Rahmenempfehlungen und Zulassungsempfehlungen stehen unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) und der Richtlinientext nach § 302 SGB V unter [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de) zur Verfügung.

## **§ 2 Geltungsbereich**

1. Dieser Vertrag gilt für die

- a) Betriebskrankenkassen, die die IKK classic im Rahmen der BKK-IKK-Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg zu diesem Vertragsabschluss bevollmächtigt haben. Weitere Betriebskrankenkassen können auch nach dem Zeitpunkt dieses Vertragsabschlusses Vollmachten erteilen. Mit Vollmachtserteilung erkennen sie gleichzeitig den vorliegenden Vertrag rückwirkend an. Zur Information, welche Betriebskrankenkassen zum jeweiligen Zeitpunkt Vertragspartner sind, werden den Vertragspartnern im Internet unter [www.bkk-sued.de](http://www.bkk-sued.de) bekannt gegeben.

Die Bevollmächtigung durch die Betriebskrankenkassen zum Vertragsabschluss im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg und damit der Vertragsinhalt gelten nur für Leistungserbringungen innerhalb Baden-Württembergs, unabhängig vom Sitz der bevollmächtigenden Krankenkasse und dem Wohnort des Versicherten.

- b) Die IKK classic.
  - c) Zugelassene Leistungserbringer, die Mitglied des vertragsschließenden Berufsverbandes sind, sofern eine entsprechende Anerkenniserklärung unterzeichnet wurde.
  - d) Zugelassene Leistungserbringer, die nicht Mitglied des vertragsschließenden Berufsverbandes sind, sofern eine entsprechende Anerkenniserklärung unterzeichnet wurde.
2. Die alleinige Unterzeichnung der Anerkenniserklärung (Anlage 3) bewirkt noch keine Zulassung.

### **§ 3**

#### **Ziel der Heilmittelbehandlung**

1. Heilmittel dienen dazu
- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
  - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
  - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
  - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
2. Bei der Heilmittelbehandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
3. Der zugelassene Podologe (nachfolgend Leistungserbringer genannt) und die IKK classic/BKK wirken darauf hin, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

### **§ 4**

#### **Zulassung**

1. Die Zulassung erfolgt auf der Grundlage nach § 124 SGB V. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V nach § 1 sind anzuwenden. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen kann der Berufsverband beratend eingeschaltet werden.
2. Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen bei der zulassenden Stelle der IKK classic (Anlage 2) einzureichen. Es ist ein zum Datum des Zulassungsbegins gültiges Institutionskennzeichen vorzulegen.
3. Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung, eine Verlegung der Praxis oder die Praxisaufgabe/-verkauf der zulassenden Stelle unverzüglich mitzuteilen. In den Fällen des Wechsels der fachlichen Leitung oder einer Praxisverlegung ist die Erteilung der Zulassung erneut zu beantragen.

4. Für Zweigniederlassungen ist ein Zulassungsverfahren gemäß Absatz 1 und 2 sowie ein separates Institutionskennzeichen erforderlich.
5. Die Annahme von Verordnungen ist erst nach Erteilung der Zulassung zulässig. Die Leistungsabgabe und Abrechnung von Verordnungen kann erst ab dem Beginn der Zulassung erfolgen.
6. Beim Tod eines Leistungserbringers gilt die Zulassung bis zu sechs Monaten fort, wenn die Leistungserbringung durch einen gemäß § 124 Abs. 2 Nr.1 SGB V fachlich qualifizierten Mitarbeiter sichergestellt ist und dieser als vorübergehende fachliche Leitung mit der Angabe der voraussichtlichen Dauer der zulassenden Stelle gemeldet wird. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zulassenden Stelle verlängert werden.
7. Der Leistungserbringer hat für sich und seine für ihn tätigen Mitarbeiter eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen, fortzuführen und im Rahmen des Zulassungsverfahrens der zulassenden Stelle (Anlage 2) vorzulegen.
8. Der Beginn und das Ende der Beschäftigung von Mitarbeitern ist der zulassenden Stelle (Anlage 2) unter Nachweis der fachlichen Qualifikation unverzüglich in Textform mitzuteilen.
9. Zur Verbesserung der regionalen Versorgung mit podologischen Leistungen kann die IKK classic/BKK mit dem Berufsverband oder einzelnen Leistungserbringern einvernehmlich Regelungen treffen, die von diesem Rahmenvertrag abweichen.

## **§ 5**

### **Beendigung der Zulassung**

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet

- bei Nichterfüllung der Zulassungsvoraussetzungen,
- bei Aufgabe, Verlegung, Übergabe oder Verkauf der Praxis,
- bei Widerruf der Zulassung.

## **§ 6**

### **Form und Abgabe der Leistung**

1. Die Leistungsgrundlagen, die nach diesem Vertrag erbracht werden können, sind in den Rahmenempfehlungen beschrieben. Zur Durchführung dieser Behandlungen ist der Leistungserbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung berechtigt und verpflichtet.
2. In den Richtwerten und/oder Regelbehandlungszeiten der Anlage 1 der Rahmenempfehlungen sind sämtliche Leistungen des Therapeuten gemäß Ziffern 3 bis 9 der Anlage 1 der Rahmenempfehlungen erfasst. Die Behandlungsdurchführung (Anlage 1 Nr. 5 der Rahmenempfehlungen) an dem Patienten muss dabei jedoch in einem angemessenen Verhältnis zu den übrigen Leistungen stehen, wobei stets eine vollständige, fachgerechte und den medizinischen Anforderungen gerecht werdende Behandlungstätigkeit maßgebend ist.

3. Die Behandlungen sind ausschließlich in der eigenen zugelassenen Praxis auszuführen, sofern kein Hausbesuch verordnet ist. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können grundsätzlich von den nächstliegenden Leistungserbringern nicht abgelehnt werden.
4. Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen sind als Leistungen des Leistungserbringers abzurechnen. Unter Aufsicht des Leistungserbringers oder seiner Mitarbeiter (Therapeuten) dürfen Praktikanten im Rahmen ihrer Ausbildung zum Podologen in der Behandlung tätig werden. Voraussetzung hierfür ist, dass mit der Podologieschule ein schriftlicher Praktikumsvertrag geschlossen wurde. Den Praktikanten gleichgestellt sind solche Personen, die im Rahmen des deutschen Anerkennungsverfahrens nach einer behördlichen Vorgabe ein Praktikum absolvieren müssen. Die Meldung über die Beschäftigung von Personal in der Ausbildung hat der Leistungserbringer unter Beifügung einer Kopie des Zuweisungsschreibens der ausbildenden Schule vor Beginn der Tätigkeit unaufgefordert schriftlich der zulassenden Stelle (Anlage 1) mitzuteilen. Für das Tätigwerden eines Praktikanten in der Behandlung sind folgende Grundsätze einzuhalten:
  - Der Therapeut muss vor Beginn der Behandlung gemeinsam mit dem Praktikanten in Gegenwart des Patienten eine Anamnese und eine Besprechung der Vorgehensweise der weiteren Behandlung durchführen.
  - Art und Umfang der Aufsicht des Praktikanten durch den Therapeuten ist von den Fähigkeiten, dem Ausbildungsstand und vom allgemeinen Eindruck der Befähigungen des Praktikanten abhängig zu machen. Der Therapeut trägt hierfür die Verantwortung.
  - Der Therapeut hat nach Beendigung der Behandlung durch den Praktikanten das Ergebnis zu begutachten und abzunehmen. Etwaige erforderliche Nachbesserungsarbeiten sind entweder vom Therapeuten selbst oder vom Praktikanten in Gegenwart des Therapeuten durchzuführen.
5. An den Versicherten dürfen nur die ärztlich verordneten Leistungen abgegeben und diese mit der IKK classic abgerechnet werden. Es dürfen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen abrechnet werden.
6. Der Therapeut hat für jeden Anspruchsberechtigten eine Verlaufsdokumentation zu führen. Aus der Verlaufsdokumentation ergeben sich der Name des Versicherten, der Tag der Leistungserbringung, die im Einzelnen erbrachten Leistungen und der behandelnde Therapeut. Die Unterlagen sind gemäß der gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
7. Den IKK classic/BKK steht es uneingeschränkt frei, die Versorgung der Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
8. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
9. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Leistungserbringer und von dessen Mitarbeitern in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten.
10. Bei der Leistungserbringung sind die Hygienestandards entsprechend der Hygieneverordnung Baden-Württembergs in der jeweils gültigen Fassung sicherzustellen.

## **§ 7**

### **Vertragsärztliche Verordnung**

1. Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung (Muster 13). Die vertragsärztliche Verordnung ist nur gültig und kann erbracht und abgerechnet werden, wenn alle Angaben entsprechend der Anlage 3 der Rahmenempfehlungen enthalten sind. Entspricht die Verordnung nicht diesen Vorgaben, ist diese grundsätzlich vor Behandlungsbeginn mit dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie mit Angabe des Datums, Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern.
2. Die Annahme einer Verordnung ist nur gestattet, wenn alle Leistungen einer Verordnung innerhalb der Fristen gemäß der Heilmittelrichtlinie erbracht werden können. Ein Behandlungsabbruch/-unterbrechung ist stets auf der Verordnungsrückseite stichpunktartig zu vermerken.
3. Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
  - a) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung entsprechend § 15 Abs. 1 HeilM-RL innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
  - b) 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 dem Vertragsarzt und dem Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Der Arzt ergänzt die Heilmittelverordnung unter Angabe des Datums, Stempel und Unterschrift entsprechend.
  - c) Folgeverordnungen sind nur abrechnungsfähig, wenn der erste Behandlungstag nicht vor dem Verordnungstag liegt, es sei denn der Arzt bestätigt den vorzeitigen Behandlungsbeginn im Sinne der Behandlungskontinuität.
4. Es ist darauf zu achten, dass die Frequenz innerhalb des Behandlungsfalls eingehalten wird. Eine Abweichung der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz aus therapeutischen Gründen ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Therapeut und verordnendem Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.
5. Frequenzabweichungen aus anderen als therapeutischen Gründen, z.B.

Krankheit des Patienten/Therapeuten (K),  
Urlaub des Patienten/Therapeuten (U) sind gestattet,

sofern die Erreichung des Therapieziels weiterhin gesichert ist. Der Therapeut begründet die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (K, U) unter Hinzufügung des Datums und Handzeichens auf der Rückseite des Verordnungsblattes.

6. Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe des Datums am Tag der Leistungsabgabe durch die Unterschriftsleistung des Versicherten auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Die Bestätigung kann durch eine betreuende Person erfolgen, wenn der Versicherte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk (z.B. Pflegepersonal) ist zwingend auf der Rückseite der Verordnung anzubringen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Eine Bestätigung durch den Leistungserbringer bzw. seinen Mitarbeitern ist nicht gestattet.

## **§ 8 Maßnahmen zur Fortbildung**

1. Der Leistungserbringer/Fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 der Rahmenempfehlungen fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der zulassenden Stelle innerhalb eines Monats zu erbringen.
2. Erfüllen der Leistungserbringer/Fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat der Fortbildungsverpflichtete diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die zulassende Stelle (Anlage 1), dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die zulassende Stelle (Anlage 1) eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
3. Vom Beginn der Nachfrist an kann die IKK classic/BKK die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 20 Prozent des Rechnungsbetrages kürzen.
4. Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass sich die therapeutischen Mitarbeiter beruflich jährlich extern angemessen fachspezifisch fortbilden.

## **§ 9 Qualitätssicherung**

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß den Rahmenempfehlungen sind zu beachten.

## **§ 10 Wahl des Leistungserbringers und Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt**

1. Der Versicherte kann unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen.
2. Die IKK classic/BKK informieren die Versicherten auf Anfrage über die Anschriften der zugelassenen Leistungserbringer.



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:

Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der IKK classic/BKK beziehen. Davon erfasst ist nicht der Hinweis auf das Bestehen einer Zulassung.

4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über die unzulässige Zusammenarbeit nach § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.
5. Die zulässige Form der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt ist in § 17 der Rahmenempfehlungen geregelt und diese sind entsprechend zu beachten.

## **§ 11 Vergütung der Leistungen**

1. Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweils gültigen Höchstpreisvereinbarung (Anlage 3) vergütet. In dieser wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Mit den vereinbarten Vergütungen sind alle Kosten abgegolten.
2. Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 SGB V keine weiteren Aufzahlungen vom Versicherten gefordert werden. Die Zuzahlung ist vom Leistungserbringer gemäß § 43c Abs. 1 SGB V einzuziehen.
3. Liegen zwischen der Wohnung des Patienten und dem nächsterreichbaren Leistungserbringer mehr als 25 Kilometer, kann zusätzlich zur Hausbesuchspauschale ein separates Wegegeld ab dem 25. Kilometer abgerechnet werden (siehe Anlage 3). Der Behandler muss dies vor Behandlungsbeginn bei der Krankenkasse schriftlich beantragen. Die Kostenzusage der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen.

## **§ 12 Abrechnung**

1. Inhalt und Form der Abrechnung richten sich nach den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
2. Bei der Abrechnung hat der Leistungserbringer das bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragende Institutionskennzeichen zu verwenden. Für jede Betriebsstätte ist ein gesondertes Institutionskennzeichen zu beantragen und bei der Abrechnung anzugeben.
3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Für die Nacherfassung nicht maschinell verwertbarer Daten (Papierrechnung) erfolgt durch die IKK classic/BKK nach § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung von bis zu 5 Prozent des Rechnungsbetrages.

4. Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich für alle abgeschlossenen Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung unter Vorlage der Originalverordnungen mit den Empfangsbestätigungen des Versicherten/der betreuenden Person nach Abschluss der jeweiligen Behandlungsserie. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Leistungserbringers einzureichen. Es ist das für den Tag der Leistungserbringung und die Praxis/Zweigniederlassung, in der die Leistungen abgegeben wurden, maßgebliche IK zu verwenden.
5. Bei der Abrechnung sind der Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) der Höchstpreisvereinbarung (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) sowie die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.
6. Sofern vom Vertragsarzt ein oder mehrere ICD-10-Schlüssel auf der Heilmittelverordnung angegeben wurden, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern. Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind aus dem Arztstempel zu übernehmen.
7. Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.
8. Eingezogene Zuzahlungen sind mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der IKK classic/BKK zu verrechnen, der eingezogene Zuzahlungsbetrag und der Bruttowert der Verordnung werden auf das Verordnungsblatt aufgetragen.
9. Für die Zuzahlungspflicht ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend, für die Zahlung der Verordnungsblatt-Gebühr ist der Beginn der Verordnung maßgebend. Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten lässt sich der Leistungserbringer den Befreiungsbescheid der IKK classic/BKK vom Versicherten vorlegen. Vom Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z.B. bei Behandlungsabbrüchen) sind von diesem an den Versicherten zurück zu erstatten; die Patientenquittung wird entsprechend geändert. Die Zuzahlung des Versicherten darf den Abrechnungsbetrag nicht übersteigen.
10. Zahlt der Versicherte trotz einer einmalig gesonderten schriftlichen Aufforderung (nach Abschluss der jeweiligen Verordnung) - und mit angemessener Fristsetzung - durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen.
11. Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (bei Praxisübernahme) ist, nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Originalunterschrift des Versicherten über den Empfang der Leistung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgen.
12. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von 28 Kalendertagen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen) bei der Krankenkasse vorliegen. Liegen zwischen dem Einreichen des Datensatzes und der zahlungsbegründenden Unterlagen mehr als 14 Tage, ist die IKK classic/BKK berechtigt die vorliegenden Unterlagen an den Rechnungssteller zurückzusenden. Die Einreichung der Rechnung (Datensatz und zahlungsbegründende Unterlage) kann unter der Berücksichtigung der Fristen nach diesem Vertrag erneut erfolgen. Das Zahlungsziel ist dann erfüllt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt das Zahlungsziel auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag so verschiebt sich der Zahltag auf den nachfolgenden Arbeitstag.

13. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweils zuständigen Krankenkasse. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
14. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so sind der zuständigen Krankenkasse der Name und eine Inkassovollmacht des beauftragten Abrechnungszentrums zu übermitteln. Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.
15. Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die IKK classic/BKK können nur mit vorheriger Zustimmung der IKK classic/BKK an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
16. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Wurden der IKK classic/BKK zu Unrecht Beträge in Rechnung gestellt, können diese bereits geleisteten Zahlungen zurückfordern oder von der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang der Mitteilung fällig.
17. Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern und den Kostenträgern nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen gegenüber Versicherten.
18. Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Leistungserbringer nicht mit der IKK classic/BKK abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.
19. Anfragen der IKK classic/BKK bezüglich der Abrechnung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

### **§ 13 Wirtschaftlichkeit**

1. Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.
2. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sind im §§ 19 und 20 der Rahmenempfehlungen definiert.

## **§14 Klärung von Zweifelsfragen**

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der IKK classic/BKK und dem Leistungserbringer bereinigt werden. Der Berufsverband ist über Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten von grundlegender Bedeutung zu informieren und um Stellungnahme zu bitten.

## **§ 15 Datenschutz**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, durch entsprechende technische und organisatorische Maßnahmen den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten, dessen Krankheiten und dessen persönlichen Verhältnissen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen IKK classic/BKK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
2. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach dem Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
3. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck erheben, verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden.
4. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284ff SGB V sowie die §§ 67 bis 85a SGB X, das BDSG und die EU-DSGVO sind zu beachten.

## **§ 16 Vertragserfüllung**

1. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen.
2. Die IKK classic/BKK hat im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung während der üblichen Öffnungszeiten, die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich auftrags- und fallbezogen auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Verlaufs-dokumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind, soweit dem datenschutzrechtliche Gründe und/oder die berufliche Verschwiegenheitspflicht des Leistungserbringers gegenüber seinem Patienten nicht entgegenstehen.

## **§ 17 Vertragsverstöße**

1. Ist die IKK classic/BKK über den Verdacht eines Fehlverhaltens eines Leistungserbringers informiert, so ist sie zur Klärung des Sachverhaltes verpflichtet. Der Leistungserbringer hat an der Klärung des Sachverhaltes konstruktiv mitzuwirken und nach Aufforderung der IKK classic/BKK zum konkreten Sachverhalt schriftlich Stellung zu nehmen und alle notwendigen Unterlagen kostenfrei zur Verfügung zu stellen, soweit dem datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht entgegenstehen.

2. Erfüllt ein Leistungserbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die IKK classic/BKK schriftlich warnen. Die IKK classic/BKK setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Leistungserbringer fest.
3. Die Regelungen zum § 197a SGB V bleiben hiervon unberührt.
4. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die IKK classic/BKK nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 Euro festsetzen.

Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen. Es gilt § 24 der Rahmenempfehlungen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere

- a) die Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen/ personellen Voraussetzungen, die ein weiteres Vertragsverhältnis nicht mehr rechtfertigen,
- b) falsche Eigenauskunft im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach § 124 SGB V,
- c) die wiederholte Feststellung der Nichteinhaltung der Hygienebestimmungen, des Medizinproduktegesetzes, der Medizinbetriebsverordnung durch die jeweils zuständige Stelle (z.B. Gesundheitsamt),
- d) Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
- e) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz,
- f) nicht fristgerechte Beseitigung von berechtigten Beanstandungen
- g) wiederholte Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt, soweit es nicht rechtlich zulässig ist,
- h) wiederholtes oder systematisches Vorquittieren von Leistungen (z. B. Vordatierungen und Globalbestätigungen)
- i) unzulässige Zusammenarbeit nach § 10 Abs. 5
- j) Forderung unzulässiger Aufzahlungen,
- k) Abrechnung von Verordnungen, die von nicht zugelassenen oder nicht zulassungsfähigen Therapeuten durchgeführt wurde.

Daneben kann bei Verstößen gegen die Bestimmungen des § 128 Abs. 2 SGB V der Leistungserbringer für den Zeitraum von bis zu zwei Jahren durch den Widerruf der Zulassung von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden.

5. Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen durch die betreffende IKK classic/BKK bleiben unberührt.

## **§ 18**

### **Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages**

1. Dieser Vertrag tritt am 1. Dezember 2018 in Kraft und ersetzt für die im Rubrum aufgeführten Vertragspartner jeweils den bestehenden Rahmenvertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit podologischen Leistungen vom 17. November 2009 (gültig ab 1. Dezember 2009) mit dem VDP. Für bisher Zugelassene gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
2. Dieser Vertrag kann ganz oder teilweise von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 30. Juni bzw. 31. Dezember, frühestens zum 30. Juni 2020, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die IKK classic/BKK bzw. an den Berufsverband erfolgen.
3. Die Kündigungsbedingungen der Vergütungsvereinbarung (Anlage 3) werden in dieser separat geregelt. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages. Bis zu einer neuen Preisvereinbarung sind die Höchstpreise der Anlage 3 der Abrechnung zugrunde zu legen. Die Anlage 3 vom 24. Juli 2018 zum Rahmenvertrag vom 17. November 2009 zwischen dem VDP und den Krankenkassen gilt bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter.
4. Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung einer Vergütungsvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin ohne Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfristen gegenkündigen.
5. Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge und Vereinbarungen ihre Gültigkeit.
6. Bei Kündigung des Rahmenvertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

## **§ 19**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, der Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V, der Rahmenempfehlungen, der Richtlinien nach § 302 SGB V oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Kornwestheim, Ludwigsburg, Reutlingen, den 26. November 2018

---

Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.

---

IKK classic

---

BKK Landesverband Süd  
- vertreten durch die IKK classic -