

## **Vertrag**

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

*zwischen*

dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V. (ZFD),

dem Verband Deutscher Podologen (VDP) e. V.

- im Folgenden Berufsverbände genannt -

einerseits

*und*

der IKK classic  
für die Bundesländer Sachsen und Thüringen

- im Folgenden IKK genannt -

andererseits

## **Präambel/Begriffsbestimmung**

Zur Vereinfachung und einheitlichen Anwendung in diesem Vertrag werden folgende Begriffe definiert:

- I. Leistungserbringer für den zugelassenen Leistungserbringer
- II. Mitarbeiter für nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifizierte freie oder angestellte Mitarbeiter
- III. Therapeut für den Leistungserbringer und seine nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifizierten freien oder angestellten Mitarbeiter

Die Vertragspartner tragen diese Änderungen gemeinsam und vereinbaren eine inhaltlich überarbeitete Neufassung mit Wirkung ab 1. April 2015.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen haben auf Bundesebene Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln abgegeben. Diese Empfehlungen bilden die Grundlage für die Heilmittel-Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände Verträge mit den Leistungserbringern oder deren Berufsverbänden gemäß § 125 Abs. 2 SGB V.

Die Berufsverbände stellen sicher, dass die Inhalte des folgenden Vertrages zeitnah und umfassend ihren Mitgliedern übermittelt werden.

Soweit in diesem Vertrag hinsichtlich der Bezeichnung lediglich die männliche Form (z. B. der Leistungserbringer) verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht sich auch auf die weibliche Form.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die regionale Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen für die Versicherten der IKK classic in den Bundesländern Sachsen und Thüringen gemäß § 32 Abs. 1 SGB V.
- (2) Dieser Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der vorgenannten Versicherten mit podologischen Leistungen:
  - a) die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der IKK,
  - b) Art sowie Umfang der Leistungen,
  - c) die Vergütung und Abrechnung der erbrachten Leistungen,

- d) die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen.
- (3) Die nachfolgenden Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil des Vertrages
- Anlage 1: Vergütungsvereinbarung  
Anlage 2: Anerkennniserklärung

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die IKK classic für die Bundesländer Sachsen und Thüringen,
- b) für die Mitglieder des jeweiligen Berufsverbandes, insofern sie die Anerkennniserklärung (Anlage 2) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist,
- c) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Berufsverbände sind, insofern sie die Anerkennniserklärung (Anlage 2) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.

## **§ 3**

### **Richtlinien und 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 als Vertragsgrundlage zu beachten.
- (2) Die Heilmittel-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (3) Soweit sich aus einer Aktualisierung der Rahmenempfehlungen bzw. der Heilmittel-Richtlinie Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich zur Umsetzung.

## **§ 4**

### **Zulassung**

- (1) Die Zulassung erfolgt auf Grund des § 124 SGB V. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V gelten in der jeweils aktuellen Fassung.



- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen einzureichen. Es ist ein zum Datum des Zulassungsbeginns gültiges Institutionskennzeichen zu beantragen.
- (3) Die Zulassung ist nicht übertragbar. Sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Änderungen die Zulassung betreffend unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Die Behandlung von Anspruchsberechtigten ist erst nach Erteilung der Zulassung zulässig. Die Annahme und Abrechnung von Verordnungen kann erst ab dem Datum der Zulassung erfolgen.

## **§ 5**

### **Form und Abgabe der Leistungen**

- (1) Podologische Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind solche, die nach der geltenden Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähig sind. Die Leistungen, die nach diesem Vertrag erbracht werden können, sind als Anlage 1 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V (Leistungsbeschreibung) geregelt. Diese Leistungsbeschreibung kommt in der jeweils geltenden Fassung zur Anwendung.
- (2) Der Leistungserbringer hat die ärztlich verordneten Leistungen selbst oder durch Mitarbeiter durchzuführen. Als Mitarbeiter gelten auch Personen, die im Rahmen der praktischen Ausbildung im Sinne des § 3 Podologengesetzes (PodG) vom 4. Dezember 2001 unter Aufsicht des Leistungserbringers bzw. Mitarbeiters tätig werden.
- (3) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß der in den jeweils geltenden Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V aufgeführten Verordnungsmuster. Die vertragsärztliche Verordnung ist nur gültig und kann ausgeführt werden, wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen und Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie sowie nach Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V enthalten sind. Wenn die Verordnung nicht diesen Vorgaben entspricht, ist diese vor Behandlungsbeginn mit dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen. Der Vertragsarzt hat die Verordnung gemäß der Heilmittel-Richtlinie dann mit Datum (bis spätestens zum Ende des Behandlungszeitraumes), Stempel und erneuter Unterschrift zu ändern bzw. zu ergänzen. Davon unberührt bleibt die Regelung nach Abs. 6 Punkte 3 und 4.
- (4) Zur Abgabe der Leistung ist der Leistungserbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet. Er darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
- (5) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.

- (6) Für Beginn und Durchführung der Heilmittelbehandlung ist die Heilmittel-Richtlinie zu beachten. Insbesondere gilt Folgendes:
- Sofern der Vertragsarzt auf der Verordnung keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Kann die Heilmittelbehandlung innerhalb dieses Zeitraums nicht begonnen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
  - Enthält die Verordnung keine Angabe zur Frequenz, so ist die vier- bis sechswöchige Behandlungsfrequenz des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden.
  - Sind auf der Verordnung Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung nur zulässig, wenn zuvor zwischen Therapeut und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde, welches das Therapieziel weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt auf der Rückseite unten links zu dokumentieren.
  - In Einzelfällen kann die Behandlung bis maximal 12 Wochen unterbrochen werden. Begründete Ausnahmen in diesem Sinne sind therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechungen in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der Leistungserbringer begründet der IKK die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben T, F und K unter Hinzufügung des Datums, Stempel und der Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes, links unten.
- (7) Wird im Verlauf der Behandlung das Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung in Abstimmung mit dem Arzt zu beenden.
- (8) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme sowie des Datums am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten, seinen gesetzlichen Vertreter oder eine legitimierte Person durch Unterschriftsleistung auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Legitimierte Person kann eine betreuende Person sein, wenn der Anspruchsberechtigte auf Grund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk ist zwingend auf der Verordnung anzubringen. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht gestattet.
- (9) Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen der IKK nicht und vorzeitig beendete Behandlungen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang in Rechnung gestellt werden.
- (10) Am Ende einer Behandlungsserie (Verordnung) unterrichtet der Therapeut auf Anforderung des Vertragsarztes schriftlich über den Stand der Therapie.



- (11) Anfragen der IKK bezüglich Leistungserbringung und Abrechnung sind vom Leistungserbringer unverzüglich und kostenlos zu beantworten.
- (12) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften ist vom Leistungserbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

## **§ 6 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) Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die IKK nicht bewilligen und vergüten.
- (3) Zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung sind des Weiteren die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V zu beachten.

## **§ 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V zu beteiligen.
- (2) Die Regelungen zur Qualität der Behandlung (Strukturqualität), der Versorgungsabläufe (Prozessqualität) und der Behandlungsergebnisse (Ergebnisqualität) sind in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V aufgeführt und vom Leistungserbringer sowie seinen Mitarbeitern zwingend zu beachten.
- (3) Die IKK ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus den Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (4) Über das Ergebnis der Prüfung ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die IKK nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt er dem nicht nach, verfährt die IKK gemäß §§ 14 und 15 dieses Vertrages.
- (5) Der Leistungserbringer sowie seine Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 2 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der IKK oder des Berufsverbandes des Leistungserbringers zu erbringen.

- (6) Erfüllen der Leistungserbringer sowie seine Mitarbeiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so ist dies unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die IKK, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die IKK eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (7) Vom Beginn der Frist an kann die IKK oder deren beauftragtes Abrechnungsunternehmen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 20 Prozent des Rechnungsbetrages kürzen.
- (8) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V in den Vertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur Fortbildungsverpflichtung konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß § 7 Abs. 7 dieses Vertrages tritt mit der Prüfvereinbarung in Kraft.

## **§ 8**

### **Wahl des Leistungserbringers/Werbung**

- (1) Der Versicherte kann unter den Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die IKK gibt ihren Versicherten die Anschriften der Leistungserbringer auf Anfrage oder in sonstiger geeigneter Weise bekannt.
- (3) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere ist Folgendes zu beachten:
  - Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach diesem Vertrag zu werben. Somit ist unter anderem die Werbung in Arztpraxen und deren Zugängen unzulässig.
  - Der Anspruchsberechtigte darf durch den Therapeut nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus den Arzt in seiner Ordnungsweise nicht beeinflussen.
  - Eine Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung bzw. der Einschränkung der Leistungserbringer-Wahlfreiheit des Versicherten ist nicht zulässig.



- (4) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für eine Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

## **§ 9**

### **Vergütung der Leistungen**

- (1) Die erbrachten podologischen Leistungen werden nach Anlage 1 dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung vergütet. Die darin aufgeführten Preise gelten als Höchstpreise im Sinne des § 125 Abs. 2 SGB V. Damit sind alle Ansprüche des Leistungserbringers gegenüber der IKK abgegolten.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen vom Versicherten gefordert werden. Die Zuzahlung ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43b SGB V vom Leistungserbringer einzuziehen. Erstattet der Leistungserbringer dem Versicherten zuviel gezahlte Zuzahlung, ändert er die Patientenquittung entsprechend.

## **§ 10**

### **Abrechnung der Leistungen**

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach §§ 302 und 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt.
- (2) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung einmal monatlich für alle abgeschlossenen Verordnungen und ist bis zum Ende des auf die letzte Behandlung folgenden Monats als Sammelrechnung bei der IKK oder einer von ihr benannten Rechnungsprüfstelle einzureichen. Die monatliche Abrechnung ist unter dem Namen des Leistungserbringers einzureichen. Das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK ist bei der Abrechnung zu verwenden.
- (3) Der jeweilige Leistungserbringergruppenschlüssel gemäß der aktuell gültigen Vergütungsvereinbarung sowie die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind bei der Abrechnung zu nutzen.
- (4) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Original-Verordnungen mit den Empfangsbestätigungen (Original-Unterschriften) des/der Versicherten/legitimierten Person nach Abschluss der Behandlung.
- (5) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.



- (6) Die Bezahlung von auf maschinell verwertbaren Datenträgern eingereichten Rechnungen erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen). Die Bezahlung erfolgt unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

Erfolgt die Abrechnung auf maschinenlesbaren Papierabrechnungen, beträgt die Zahlungsfrist 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen.

Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.

- (7) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die IKK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgehilfe des Leistungserbringers (§ 278 BGB).
- (8) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer, bis eine gegenteilige Mitteilung an die IKK erfolgt.
- (9) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs.1 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs.1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen. Insbesondere sind die §§ 9 und 11 BDSG i. V. m. den §§ 67 ff. SGB X zu beachten.
- (10) Dem Leistungserbringer/Der beauftragten Abrechnungsstelle obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der IKK. Werden Nachberechnungen erstellt, sind dieser Kopien der Erstrechnung und der Original-Verordnung beizulegen.
- (11) Wurde durch den Vertragsarzt auf der Verordnung der therapierelevante ICD-10-GM-Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung) angegeben, so muss dieser im Rahmen der Abrechnung über den Datenträgeraustausch übermittelt werden. Der übermittelte Indikationsschlüssel (dieser setzt sich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und der Leitsymptomatik zusammen) und der ICD-10-Code dienen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Grundlagen zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V.

- (12) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die Rechnungsprüfstelle den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.
- (13) Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung (Differenzprotokoll).
- (14) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses des Jahres der Leistungserbringung, bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der IKK verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung.
- (15) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Leistungserbringer nicht mit der IKK abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

## **§ 11 Haftung**

- (1) Der Leistungserbringer haftet für die von seinen Mitarbeitern erbrachten Leistungen in gleichem gesetzlichen Umfang wie für sich selbst. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (2) Er haftet im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen für die Tätigkeit eines Vertreters im Sinne des § 13 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der IKK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstigen datenschutzrechtlichen Regelungen entstehen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (die Höhe der Deckungssumme für Personenschäden sollte mindestens 1.500.000 Euro betragen) abzuschließen und zu unterhalten.

## **§ 12 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben und Leistungen zu erheben, zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.



- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen schriftlich zu verpflichten. Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung dieses Vertrages unbefristet weiter. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der IKK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 ff. SGB V sowie die §§ 67 bis 85a SGB X sind zu beachten.

### **§ 13 Vertragserfüllung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 4 genannten Voraussetzungen) der IKK unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die IKK hat das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung, die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen der Versicherten im IKK-System, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.

### **§ 14 Vertragsverstöße**

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten nicht, so kann ihn die IKK schriftlich abmahnen. Die IKK setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Leistungserbringer fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die IKK nach erfolgter Anhörung unter Einbeziehung von Vertretern des Berufsverbandes des betroffenen Leistungserbringers eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 Euro festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Zulassungsentzug. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.
- (3) Die schwerwiegenden Vertragsverstöße sind in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V aufgeführt.



Darüber hinaus kann die Vertragsstrafe von bis zu 50.000 Euro bei folgenden schwerwiegenden Vertragsverstößen erhoben werden:

- Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung,
- Manipulation von Abrechnungsdaten,
- Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen.

## **§ 15 Vertragsausschuss**

- (1) Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen den Vertragspartnern bereinigt werden. Der jeweilige Berufsverband kann gegebenenfalls informiert werden.
- (2) Bei Nichteinigung kann zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich paritätisch aus Vertretern der IKK und dem Berufsverband des betroffenen Leistungserbringers zusammen. Er ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 16 Inkrafttreten**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. April 2015 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 1. April 2012.
- (2) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nach § 71 Abs. 4 SGB V.

## **§ 17 Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2015, schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Posteingangsstempels.
- (2) Die Kündigung durch einen Berufsverband berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.
- (3) Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.
- (4) Für die Vergütungsvereinbarung gelten gesonderte Kündigungsfristen, die in der Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung im § 4 geregelt sind. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt die Weitergeltung dieses Vertrages nicht.

**§ 18**  
**Schriftform**

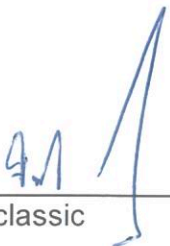
Sämtliche Vertragsanpassungen bzw. Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform.

**§ 19**  
**Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder durch gesetzliche Neuregelungen oder Rechtsprechungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Dieser soll dann vielmehr so durchgeführt werden, dass er seinen Zweck bestmöglich erfüllt. Im Übrigen verpflichten sich die Vertragsparteien, rechtsunwirksame Bestimmungen durch im Ergebnis gleichwertige rechtlich zulässige Bestimmungen zu ersetzen.

Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Dresden, 23. April 2015

  
\_\_\_\_\_  
IKK classic

  
\_\_\_\_\_  
Zentralverband der Podologen und  
Fußpfleger Deutschlands e. V.  
  
\_\_\_\_\_  
Verband Deutscher Podologen e. V.  
