

# **Rahmenvertrag**

## **über die Durchführung von podologischen Leistungen (RV-P) vom 26.06.2002, in der Fassung vom 13.11.2015, gültig ab 01.01.2016**

zwischen dem

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

und dem

Zentralverband der  
Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V (ZFD).  
Auf den Äckern 33  
59348 Lüdinghausen

- nachstehend jeweils Berufsverbände genannt –

einerseits

und dem

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

andererseits

- Sofern nachstehend von der/die „AOK“ die Rede ist, ist damit die jeweilige diesem Vertrag beigetretene AOK gemeint, in deren Bereich der Leistungserbringer zugelassen ist -

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

Anlagen:

- Anlage 1: Anerkenntniserklärung
- Anlage 2: Höchstpreisvereinbarung „alte Bundesländer“
- Anlage 3a: Höchstpreisvereinbarung Brandenburg
- Anlage 3b: Höchstpreisvereinbarung Mecklenburg-Vorpommern
- Anlage 3c: Höchstpreisvereinbarung Sachsen
- Anlage 3d: Höchstpreisvereinbarung Thüringen

## **§ 1**

### **Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die regionale Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen für die Versicherten der AOK.
- (2) Dieser Vertrag gilt:
  - a) für die AOKs, die dem Vertrag vom 26.06.2002 beigetreten sind, und die AOKs, die diesem Vertrag beitreten. Der Beitritt kann von jeder AOK mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die in § 17 Abs. 2 genannten Fristen gelten entsprechend
  - b) für zugelassene Leistungserbringer nach 124 SGB V (Leistungserbringer), wenn sie im Rahmen der Zulassung diesen Vertrag anerkennen (Anlage 1).
- (3) Dieser Vertrag regelt insbesondere:
  - a) Die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der AOKs
  - b) Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Leistungserbringer und Krankenkassen
  - c) Art und Umfang der Leistungen
  - d) Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.
- (4) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

## **§ 2**

### **Heilmittel-Richtlinie /Rahmenempfehlungen**

- (1) Die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gilt in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln für den Bereich Podologie (Rahmenempfehlungen) sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt.

## **§ 3**

### **Zulassung**

- (1) Die Zulassung erfolgt aufgrund § 124 SGB V. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen können die Berufsverbände beratend eingeschaltet werden. Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V (Zulassungsempfehlungen) gelten in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen bei der zuständigen Krankenkasse / Landesverband der Krankenkassen (zulassende Stelle) 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 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 Abs. 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 (Mitarbeiter) sichergestellt ist. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zulassenden Stelle verlängert werden.
- (7) Der Leistungserbringer haftet für seine Mitarbeiter sowie Praktikanten in gleichem Umfang wie für sich selbst.
- (8) 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 vorzulegen.
- (9) Der Beginn und das Ende der Beschäftigung von Mitarbeitern ist der jeweiligen AOK unter Nachweis der fachlichen Qualifikation unverzüglich in Textform mitzuteilen.
- (10) Zur Verbesserung der regionalen Versorgung mit podologischen Leistungen können die AOKs mit den Berufsverbänden oder einzelnen Leistungserbringern einvernehmlich Regelungen treffen, die von diesem Rahmenvertrag abweichen.

#### **§ 4**

##### **Beendigung der Zulassung**

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet

1. bei Wegfall einer der Voraussetzungen nach § 3
2. bei Aufgabe, Verlegung, Übergabe oder Verkauf der Praxis
3. bei Widerruf der Zulassung.

## § 5

### Form und Abgabe der Leistung

- (1) Die Leistungen, 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 Rahmenempfehlung) 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) Der Leistungserbringer hat die ärztlich verordneten Leistungen selbst oder durch Mitarbeiter durchzuführen.
- (4) 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. In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der AOK nicht möglich.
- (5) 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 der zulassenden Stelle vor Beginn der Tätigkeit unaufgefordert schriftlich 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.

- (6) An den Versicherten dürfen nur die ärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden.
- (7) Leistungen für betreute Personenkreise (Sozialversicherungsabkommen) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen. Nach erfolgter Leistungserbringung beantragte Genehmigungen können nicht akzeptiert werden. Verordnungen für Personen aus Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz (CH) sind von der Genehmigung befreit.
- (8) Der Therapeut hat für jeden Anspruchsberechtigten eine Verlaufsdocumentation zu führen. Aus der Verlaufsdocumentation 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 vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
- (9) Anfragen der AOK bezüglich der Leistungserbringung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten.
- (10) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (11) 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.
- (12) Die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, sind in den jeweils gültigen Fassungen einzuhalten.

## **§ 6**

### **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 verordneten Leistungen einer Verordnung innerhalb der vereinbarten Fristen 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) Der vom verordnenden Arzt auf der Verordnung angegebene „späteste Behandlungsbeginn“ darf bei der Erstverordnung nicht vor dem Verordnungsdatum liegen. Folgeverordnungen sind nur abrechnungsfähig, wenn der erste Behandlungstag nicht vor dem Verordnungstag liegt, es sein 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 ärztliche Verordnung ist nicht auf andere Personen übertragbar. Sie gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (7) Es ist unzulässig, bei gleicher Diagnose die Leistung von zwei Verordnungen - auch von verschiedenen Ärzten ausgestellt im gleichen Zeitraum zu erbringen und abzurechnen, sofern dem Therapeuten Doppelverordnungen bekannt sind.
- (8) Versicherte dürfen durch den Therapeuten nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Therapeut von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen.
- (9) 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.

## **§ 7**

### **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 AOK 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 AOK, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.07.2008 ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an kann die AOK die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 20 % des Rechnungsbetrages kürzen.
- (4) Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass sich die therapeutischen Mitarbeiter beruflich jährlich extern angemessen fachspezifisch fortbilden.

## **§ 8**

### **Qualitätssicherung**

Der Leistungserbringer ist verpflichtet Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß der Rahmenempfehlungen durchzuführen. Auch Mitarbeiter, die überwiegend die Behandlungen im Hausbesuch durchführen, sind Bestandteil des Praxisteam und sind daher an den Maßnahmen der Qualitätssicherung regelmäßig zu beteiligen.

## **§ 9**

### **Wahl des Leistungserbringers**

- (1) Der Versicherte kann unter den Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Anschriften der 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:
- a) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Davon erfasst ist nicht der Hinweis auf das Bestehen einer Zulassung.
  - b) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Vertragsärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

## **§ 10**

### **Vergütung der Leistungen**

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach den jeweils gültigen Höchstpreisvereinbarungen vergütet. In diesen werden gesonderte Kündigungsfristen 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 Zahlungen vom Versicherten gefordert werden. Die Zuzahlung ist vom Leistungserbringer gemäß § 43c Abs. 1 SGB V einzuziehen.

## **§ 11**

### **Abrechnung**

- (1) Inhalt und Form der Abrechnung richten sich nach den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) 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 AOK nach § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages.
- (3) 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.
- (4) Bei der Abrechnung sind das jeweilige Schlüsselkennzeichen der Höchstpreisvereinbarung (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) sowie die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

- (5) 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.
- (6) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.
- (7) Eingezogene Zuzahlungen sind mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der AOK zu verrechnen, der eingezogene Zuzahlungsbetrag und der Bruttowert der Verordnung werden auf das Verordnungsblatt aufgetragen.
- (8) 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 AOK 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.
- (9) 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.
- (10) Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (bei Praxisübernahme) ist, nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen AOK, 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.
- (11) 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 AOK 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 die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde. Fällt das Zahlungsziel auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag so verschiebt sich der Zahltag auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (12) Zahlungsverzug liegt vor, wenn das Zahlungsziel von 28 Tagen überschritten ist. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Bei Überschreitung des o.g. Zahlungsziels können nach der ersten Mahnung Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. ab dem dritten Arbeitstag nach Zugang der Mahnung bei der von der AOK benannten Stelle (Daten- und Papierannahmestelle) verlangt werden.

- (13) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so sind der AOK 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.
- (14) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die AOK können nur mit vorheriger Zustimmung der AOK an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
- (15) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Unberührt hiervon bleiben Ansprüche auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung. Bei Rückforderungen gegenüber dem Leistungserbringer ist der Rückforderungsbetrag mit dem Prozentsatz nach Absatz 12 zu verzinsen, ab dem Zeitpunkt, an dem die Zahlung erfolgt ist.
- (16) 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.
- (17) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Leistungserbringer nicht mit der AOK abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.
- (18) Anfragen der AOK bezüglich der Abrechnung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

## **§ 12**

### **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 AOK nicht vergüten.

## **§13**

### **Klärung von Zweifelsfragen**

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der AOK und dem Leistungserbringer bereinigt werden. Die Berufsverbände sind über Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten von grundlegender Bedeutung zu informieren und um Stellungnahme zu bitten.

## **§ 14**

### **Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Versicherten- und Leistungsdaten und persönlichen Verhältnisse Betroffener sind geheim zu halten und dürfen nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden.
- (2) Der Leistungserbringer 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 AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich und mit dem Bundesdatenschutzgesetz vereinbar sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (4) Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck erheben, verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden.
- (5) Die folgenden Paragraphen sind zu beachten: § 35 SGB I (Sozialgeheimnis), § 37 SGB I (Vorbehalt abweichender Regelungen), § 284 ff SGB V (Umgang mit Sozialdaten bei den Krankenkassen) sowie die §§ 67 bis 85 a SGBX (Schutz der Sozialdaten und Strafvorschriften).

## **§ 15**

### **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 § 3 genannten Voraussetzungen) der AOK unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die AOK 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, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Be-

handlungsmaßnahmen ersichtlich sind, soweit dem datenschutzrechtliche Gründe und/oder die berufliche Verschwiegenheitspflicht des Leistungserbringers gegenüber seinem Patienten nicht entgegenstehen.

- (3) Schadenersatzansprüche der betreffenden AOK bleiben hiervon unberührt.

## § 16

### Vertragsverstöße

- (1) Ist die AOK 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 AOK 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 betroffene AOK schriftlich verwarnen. Die AOK setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Heilmittelerbringer fest.
- (3) Die Regelungen zum § 197a SGB V bleiben hiervon unberührt.
- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die AOK nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EUR 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 Medizinbetrieberverordnung 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 § 9 Abs. 3 b
  - j. Forderung unzulässiger Zahlungen
  - k. Abrechnung von Verordnungen, die von nicht zugelassenen oder nicht zulassungsfähigen Therapeuten durchgeführt wurde.

- (5) 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.

## **§ 17**

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

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2016 in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 26.06.2002 in der Fassung vom 19.11.2010. Er gilt für alle Leistungserbringer nach §1.
- (2) Dieser Vertrag kann - ganz oder teilweise - von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 30.06. bzw. 31.12., frühestens zum 31.12.2017, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit Brief an den AOK Bundesverband bzw. an den jeweiligen Berufsverband erfolgen.
- (3) Die Kündigungsbedingungen der Vergütungsvereinbarungen werden in dieser separat geregelt. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.
- (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. Bei Kündigung des Vertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

## **§ 18**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, der Rahmenempfehlungen 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.

Berlin, den

.....  
Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.

.....  
AOK Bundesverband

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