

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R.)

Berlin

und

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

Deutscher Verband für
Podologie (ZFD) e. V.,
Kassel;

Bundesverband für
Podologie e. V.,
Hamm;

über

**die Versorgung mit Leistungen
der Podologie
und deren Vergütung
vom 30.11.2020**

**einschließlich der Änderungsvereinbarungen
in den jeweiligen Fassungen vom 13.06.2022, 19.06.2023 und vom
17.06.2024**

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages.....	4
§ 2 Leistungsgrundlagen	4
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	5
§ 3a Grundsätze der Leistungserbringung bei der Nagelspannenbehandlung.....	8
§ 4 Hausbesuche.....	10
§ 5 Bestätigung der Leistung	11
§ 6 Beginn der Behandlung.....	12
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung	12
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung	14
§ 9 Wahl des Leistungserbringers	15
§ 10 Datenschutz.....	15
§ 11 Zulassung	15
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis	18
§ 13 Barrierefreiheit	18
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung	18
§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung	20
§ 16 Vergütung.....	21
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens	21
§ 18 Abrechnungsregelungen.....	22
§ 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	26
§ 20 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren.....	28
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	28
§ 22 Schlussbestimmungen.....	29

Begriffsbestimmungen

Ärztin und Arzt	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die mit der fachlichen Leitung der zugelassenen Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinie	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilm-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner gegenüber den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der Heilm-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die Person(en) oder Personenvereinigungen nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Initialen	Ist eine mindestens 2-stellige Buchstabenkombination, die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet ist.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen der Podologie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.
- (2) Die Versorgung mit Leistungen der Podologie richtet sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 6:
 - a) Leistungsbeschreibungen (Anlage 1a und Anlage 1b)
 - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
 - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)
 - d) Fortbildung (Anlage 4)
 - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
 - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Der Vertrag gilt einerseits für alle gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen und andererseits für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer.
- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zwingend zu beachten und anzuwenden.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Podologie werden auf der Grundlage einer gültigen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie entspricht. Die Anlage 3 dieses Vertrages konkretisiert die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinie und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe der Anlage 3 möglich.

- (2) Eine Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer erbringt ärztlich verordnete Maßnahmen der Podologie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1). Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtungen.
- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat er gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V einen angestellten Leistungserbringer für die fachliche Leitung der Praxis zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer kann bis zur Dauer von sechs Monaten je Kalenderjahr in seiner Praxis vertreten werden. Längere Vertretungen sind der regional zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V möglichst eine Woche vor Beginn anzuzeigen. Hiervon unberührt ist die Möglichkeit, die Praxis ohne Vertretung bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zu

schließen. Erfolgt eine temporäre Praxisschließung von mehr als 8 Wochen aufgrund von Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit oder Krankheit erlischt die Zulassung. Wird die Tätigkeit in denselben Praxisräumen wiederaufgenommen, ist ein erneuter Zulassungsantrag einzureichen. In diesem Fall wird nur die sächliche Ausstattung geprüft.

- (5) Die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, deren Initialen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und der Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der Heilm-RL (tagesstrukturierende Einrichtung) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unaufgefordert und unverzüglich nachzuweisen. Bei Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 oder dem Ende der Tätigkeit eines Leistungserbringers ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V ebenfalls unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.
- (5a) Der Einsatz von Schülerinnen oder Schülern im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass:
- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Fachschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen oder Schülern im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,
 - b) die Schülerinnen oder Schüler unter Aufsicht des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Art und Umfang der Aufsicht der Schülerin oder des Schülers durch den Leistungserbringer ist von den Fähigkeiten, dem Ausbildungsstand und vom allgemeinen Eindruck der Befähigungen der Schülerin oder des Schülers abhängig zu machen. Der Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung,
 - c) abweichend von lit. b) sind Schülerinnen oder Schüler beim Anlegen bzw. Nachregulieren einer Nagelkorrekturspange in der Diagnosegruppe UI 2 ständig durch die fachlich qualifizierte Person zu beaufsichtigen,
 - d) der Leistungserbringer vor Beginn der Behandlung gemeinsam mit der Schülerin oder dem Schüler in Gegenwart der Patientin oder des Patienten die Vorgehensweise der weiteren Behandlung besprochen hat,

- e) der Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlung durch die Schülerin oder den Schüler das Ergebnis begutachtet und abnimmt. Etwaige erforderliche Nachbesserungsarbeiten sind entweder vom Leistungserbringer selbst oder von der Schülerin oder dem Schüler in Gegenwart des Leistungserbringers durchzuführen.

Den Schülerinnen und Schülern gleichgestellt sind Personen, die im Rahmen des deutschen Anerkennungsverfahrens nach einer behördlichen Vorgabe bestimmte Teile der praktischen Ausbildung (Praktikum) absolvieren müssen.

- (6) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 5a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Therapie einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Über den Grund ist die oder der Versicherte zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (8) Es ist unzulässig, dass der zugelassene Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe (ggf. derselben Lokalisation) der Heilmittel-Richtlinie auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen dasselbe Heilmittel erbringt und abrechnet.
- (9) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus die Ärztin und den Arzt in seiner Ordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (10) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) bzw. in der in der Heilmittel-Richtlinie beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.

- (11) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.
- (12) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten als Teil der Dokumentation gemäß § 630 f Absatz 2 BGB eine Verlaufsdocumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 4) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Der zugelassene Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung unter Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten.
- (13) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (14) Klarstellend halten die Vertragspartner fest, dass der zugelassene Leistungserbringer und seine Leistungserbringer die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetriebsverordnung (MBetreibV) und weiterer sich daraus ergebender Hygiene-Vorschriften in der jeweils gültigen Fassung beachten.

§ 3a Grundsätze der Leistungserbringung bei der Nagelspannenbehandlung

Die Nagelspannenbehandlung eines Zehennagels (Lokalisation) stellt einen eigenen Verordnungsfall dar. Eine Verordnung bezieht sich jeweils auf die Behandlung eines Zehennagels. Die Lokalisation ist auf der Rückseite jeder Verordnung einmalig unter Maßnahmen im Feld „Begründung“ durch den Leistungserbringer unter Verwendung des Kürzels „U“ für Unguis, der Ziffern 1 bis 5 und der Seite anzugeben (z.B. U1 links, U2 rechts). Für die Nagelspannenbehandlung gelten darüber hinaus folgende Grundsätze:

- a) Die Leistung nach Anlage 1b Teil 2 Ziffer I.1 (Erstbefundung) kann einmalig zu Beginn einer Nagelspannenbehandlungsserie erfolgen. Eine Behandlungsserie bezieht sich stets auf einen zu behandelnden Nagel und kann mehrere Verordnungen umfassen.
Soweit ein Patient bereits wegen anderer Leistungen (Podologische Behandlung oder andere Nagelspannenbehandlung) in Behandlung ist, ist

die „Erstbefundung klein“ mit einer Regelleistungszeit von bis zu 20 Minuten abzugeben. Ansonsten kann die Leistung „Erstbefundung groß“ abgegeben werden, sie umfasst eine Regelleistungszeit von bis zu 45 Minuten. Die Erbringung der „Erstbefundung groß“ ist auf eine einmalige Abgabe im Kalenderjahr beschränkt.

- b) Die Leistungen nach Anlage 1b Teil 2 Ziffer I.1 (Erstbefundung) sowie Leistungen nach Ziffer II.1 (Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Spange, z.B. nach Ross Fraser), Ziffer III.1 (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange) oder Ziffer IV.1 (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange) können an einem Tag erbracht werden. Dabei gilt jede abrechnungsfähige Heilmittelposition als eine Behandlungseinheit im Sinne der Heilmittel-Richtlinie. Jede Behandlungseinheit ist dabei separat zu bestätigen.
- c) Die Leistung nach Anlage 1b Teil 2 Ziffer II.1. (Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Spange, z.B. nach Ross Fraser) wird auf 2 Termine verteilt erbracht. Der erste Termin umfasst dabei die Vorbereitung des Nagels und die Erstellung des Negativabdrucks. Der zweite Termin umfasst Passkontrolle, ggf. Nachbearbeitung und erneute Anpassung, Aktivierung der Spange, Aufsetzen, Fixierung mittels Kunststoff, ggf. erforderliche Druckschutz-/ Schutzmaßnahmen (z. B. Tamponaden oder Wundschnellverband). Diese Leistung ist nach dem zweiten Termin als eine Behandlungseinheit zu bestätigen.
- d) Die Leistungen nach Anlage 1b Teil 2 Ziffern:
- I.1 (Erstbefundung),
 - I.4 (Behandlungsabschluss| Entfernung der Nagelkorrekturspange,
 - II.1, (Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Spange, z.B. nach Ross Fraser),
 - II.3; (Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser),
 - III.1. (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange) und
 - IV.1 (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange)
- gelten jeweils als eine Behandlungseinheit im Sinne der Heilmittel-Richtlinie.

- e) Die Leistungen nach Anlage 1b Teil 2 Ziffern:

- I.1 (Erstbefundung),
- I.3 (indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit),
- I.4 (Behandlungsabschluss | Entfernung der Nagelkorrekturspange)
- II.1 (Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Spange, z.B. nach Ross Fraser),
- II.3 (Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser)
- III.1 (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange) und
- IV.1 (Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange)

sind jeweils auf der Rückseite der Verordnung vom Versicherten zu bestätigen.

- f) In der Diagnosegruppe UI1 stellt die Versorgung mit einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange z. B. Ross-Fraser, bzw. einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange (Klebespange) den therapeutischen Standard dar. Die Versorgung mit einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange ist bei unabdingbarem therapeutischen Erfordernis im Ausnahmefall möglich. In der Diagnosegruppe UI2 ist eine Versorgung mit einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange möglich, wenn sie therapeutisch erforderlich ist.

Die Verwendung der mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange ist stets in der Patientendokumentation gesondert zu begründen.

§ 4 Hausbesuche

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, die Durchführung ärztlich verordneter Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 5 Kilometern um die Praxis liegt; darüber hinaus gehend ist dazu der zum Wohnort der oder des Versicherten nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer verpflichtet.
- (2) Der zugelassene Leistungserbringer kann Leistungserbringer einsetzen ohne für diese in der Praxis dafür eigene Räume vorzuhalten, wenn:

- a. diese Leistungserbringer Heilmittel ausschließlich außerhalb der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erbringen,
- b. diese Leistungserbringer organisatorisch an die Praxis des zugelassenen Leistungserbringers angebunden sind und
- c. der zugelassene Leistungserbringer in der Lage ist, deren ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung zu gewährleisten.

Der Einsatz von Leistungserbringern nach Satz 1 ist nur statthaft, wenn diese die Anzahl der übrigen in der Praxis tätigen Leistungserbringer nicht übersteigt.

§ 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder in Form des vereinbarten Kürzels nach Anlage 1a bzw. Anlage 1b und unter Angabe des Datums und der Initialen des abgebenden Leistungserbringers darzustellen und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.
- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch die gesetzliche Vertreterin oder den gesetzlichen Vertreter oder eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer oder seine Leistungserbringer dürfen die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertreter oder Betreuungsperson übernehmen.

- (4) Verordnungen von Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind stets von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer Betreuungsperson zu unterzeichnen.

§ 6 Beginn der Behandlung

- (1) Mit der Behandlung von Versicherten darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde.
- (2) Soll die Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V erfolgen, gilt § 3 Absatz 5 entsprechend.
- (2a) Als Behandlungsbeginn gilt die Eingangsbefundung bzw. Erstbefundung oder die erste Therapieeinheit einer Verordnung. Die Befundungen bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie.
- (3) Sofern die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, soll der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung sicherstellen. Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Absatz 3 der Heilm-RL, hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. In allen anderen Fällen muss mit der Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach der Verordnung begonnen werden.
- (4) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

- (1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat

- der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen.
- (2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht, ist die Therapie zu beenden.
 - 2a) Die Therapie kann auch bereits nach der Erstbefundung nach Anlage 1b Teil 1 Ziffer 4.1.1 beendet werden, z. B. wenn sich im Rahmen der Erstbefundung ergibt, dass sich der Zehennagel nicht für eine Nagelspangenbehandlung eignet. Der Leistungserbringer hat dies auf der Verordnungsrückseite im Feld „Begründung“ zu dokumentieren.
 - (3) Bricht der Leistungserbringer die Therapie, z. B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der oder des Versicherten, ab oder bricht der Versicherte oder die Versicherte die Therapie ab, informiert der zugelassene Leistungserbringer die Ärztin oder den Arzt hierüber. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
 - (4) Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 16a HeiLM–RL können für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden. Die Behandlung muss innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden. Sofern die Behandlung nicht innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
 - (5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose (ggf. an derselben Lokalisation) und Diagnosegruppe begonnen wird.
 - (6) Auf einer Verordnung ist eine Unter- oder Überschreitung der Frequenz zwischen den Behandlungstagen bis zu einem Zeitraum von zwei Werktagen aus praxisorganisatorischen Gründen auch ohne Rücksprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zulässig, damit das angestrebte Therapieziel weiterhin gesichert ist.
 - (7) Die Verordnung verliert bei einer Unterbrechung von 12 Kalenderwochen nach dem Tag der letzten Behandlung (bei Nagelspangenbehandlungen auch Kontrolltermin) ihre Gültigkeit.

§ 8 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der erbrachten Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43c SGB V vom zugelassenen Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben.
- (2) Versicherte haben eine gesetzliche Zuzahlung zu leisten, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von dieser nach § 62 SGB V befreit sind. Für die Zuzahlungspflicht in Höhe von 10 % der Heilmittelkosten ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend. Für die Zahlung der Verordnungsblattgebühr ist der erste Behandlungstag der Verordnung maßgebend. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung nach Ende der Behandlungsserie durch den Leistungserbringer die gesetzliche Zuzahlung nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen.
- (3) Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu prüfen.
- (4) Vom zugelassenen Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Rechnungskürzungen) sind von diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Quittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V muss entsprechend geändert oder ausgetauscht werden.
- (5) Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung der oder des Versicherten gemäß § 32 i. V. m. § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen gefordert werden.
- (6) Heilmittel werden gemäß § 2 Absatz 2 SGB V als Sachleistung erbracht. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 9 Wahl des Leistungserbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden. Davon ist ein Hinweis auf das Bestehen einer Zulassung nicht erfasst.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Ärztinnen oder Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Absatz 5b SGB V wird hingewiesen.

§ 10 Datenschutz

Der zugelassene Leistungserbringer ist gesetzlich verpflichtet, die jeweils für ihn geltenden Datenschutzbestimmungen (z. B. EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.

§ 11 Zulassung

- (1) Leistungserbringer erhalten eine Zulassung nach § 124 SGB V, wenn die folgenden Anforderungen erfüllt werden:

Der Leistungserbringer

- a) besitzt die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss,
 - b) verfügt über eine Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
 - c) erkennt die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V und § 125a SGB V an.
- (2) Verfügt der zugelassene Leistungserbringer selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a. muss vor der Zulassung nachgewiesen

werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5“ dieses Vertrages erfüllen.

- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrags nach § 125 SGB V. Im Falle des Verkaufs ohne Verlegung werden die persönlichen Zulassungsvoraussetzungen des neuen Praxisinhabers sowie die Pflichtausstattung geprüft, nicht jedoch die räumlichen Anforderungen. Für bis zum 31.12.2020 zugelassene Praxen gelten die Zulassungsvoraussetzungen bzgl. der Größe des Behandlungsraums bei einer Raumgröße von mindestens 7 qm als erfüllt, wenn die Zulassungsvoraussetzungen im Übrigen erfüllt sind. Dies gilt auch bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers infolge von Tod oder Verkauf.
- (4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer bzw. der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat der zugelassene Leistungserbringer die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.
- (5) Die Praxis muss öffentlich zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Podologie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein.
- (6) Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der in Absatz 5 genannten Tätigkeitsfelder angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass der oder die Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen.

- (7) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen bzw. vorzulegen:
- a) Qualifikation: Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung oder die Diplom-, Bachelor- und/oder Masterurkunden inklusive Zeugnis und Leistungsübersicht. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
 - b) Praxisausstattung: Nachweis über das Eigentum bzw. das Recht an der Praxisnutzung (Mietvertrag, etc.), Raumskizze inkl. der Angabe der m²-Zahl und der Deckenhöhe je Raum, sowie Aufstellung über die vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.
 - c) Sonstiges: Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister ggf. vergleichbare Nachweise.
- (8) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:
- a) Heilmittelbereich
 - b) Name der Praxis
 - c) Anschrift
 - d) Telefonnummer
 - e) E-Mail (optional)
 - f) Homepage (optional)
 - g) Barrierefreiheit (ja/nein) (optional)
 - h) rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein) (optional)
 - i) Angaben zu § 125a SGB V.

Der zugelassene Leistungserbringer stellt sicher, dass die Angaben nach Satz 1 lit. a) bis i) stets aktuell bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V vorliegen.

- (9) Die Zulassung endet, wenn eine der Anforderungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt ist, wenn diese zurückgenommen werden muss oder wenn diese von der zulassenden Stelle widerrufen wird.

§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Aus der Einbindung der zugelassenen Leistungserbringer in den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V ergibt sich, dass eine Heilmittelpraxis maßgeblich für die Heilmittelversorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen muss. Die Maßgeblichkeit ist gegeben, wenn die Heilmittelpraxis für mindestens 25 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte zur Verfügung steht. Dies umfasst auch temporäre Abwesenheiten während der Öffnungszeiten aufgrund der Durchführung von ärztlich verordneten Hausbesuchen und der Erbringung von Leistungen in Einrichtungen nach § 11 Absatz 2 der HeiM-RL.
- (2) Werden einem Leistungserbringer in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 13 Barrierefreiheit

- (1) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informieren die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 4 SGB V dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.
- (2) Zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele werden sich die Vertragspartner um die Entwicklung von Standards und deren Aufnahme in diesen Vertrag bemühen. Diese sind grundsätzlich zu beachten, soweit nicht berechnete Belange des Leistungserbringers entgegenstehen. Sie finden keine Anwendung auf Praxen, die bereits vor vertraglicher Festschreibung der Standards zugelassen waren sowie bei Übergang zugelassener Praxen infolge von Rechtsgeschäft oder gesetzlicher Nachfolge.

§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen jederzeit berechnete, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden

Pflichten zu prüfen. Auf Wunsch des zugelassenen Leistungserbringers ist dessen Verband hinzuzuziehen.

- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen zugelassenem Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der HeiM-RL,
 - b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
 - c) Durchführung der Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - d) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
 - e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Kalendertagen, unter Benennung der sachverständigen Person, innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen fallbezogen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Dabei sind datenschutzrechtliche Bestimmungen sowie die berufliche Verschwiegenheitspflicht des Leistungserbringers gegenüber seinen Patienten zwingend zu beachten.
- (5) Über die Prüfung ist von der bestellten sachverständigen Person ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden. Der Bericht ist dem zugelassenen Leistungserbringer und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband sowie in anonymisierter Form den leistungserbringerseitigen Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, legt die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung des zugelassenen Leistungserbringers fest, welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Defizite, innerhalb welcher Frist, zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, kann ein Vertragsverstoß gemäß § 19 vorliegen, der die Krankenkasse oder ihren Kassenartenverband dazu berechtigt, die in § 19 beschriebenen Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- (9) Jeder Leistungserbringer hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden.

§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

- (1) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - a) Abstimmung des podologischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt,
 - d) fristgerechter Behandlungsbeginn,
 - e) Therapiezeit je Therapieeinheit,
 - f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels,
 - g) Therapiefrequenz,
 - h) Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten,
 - i) Durchführung von Hausbesuchen.

- (3) Die Krankenkasse oder deren Kassenartenverband kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten.

§ 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Leistungen, soweit die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 erfüllt sind. Wird nachträglich festgestellt, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu Unrecht die Zuständigkeit einer Krankenkasse angenommen hat, führt dies nicht zum Verlust des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers gegenüber der auf dem Verordnungsvordruck angegebenen Krankenkasse.
- (3) Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.

§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V für jede Betriebsstätte/jeden Standort/jeden Heilmittelbereich über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin (www.arge-ik.de) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich, schriftlich oder elektronisch, mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen, die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt. Der zugelassene Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass seine bei der SVI hinterlegten Daten stets aktuell sind.

- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V bei der Zulassung mitzuteilen. Bei Abrechnungen von ambulant erbrachten Heilmitteln durch Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V ist das eingesetzte IK vor erstmaliger Abrechnung mit der Krankenkasse dieser mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Bei Verwendung eines Praxis- IK durch mehrere Leistungserbringer ist der behandelnde Leistungserbringer oder sind die behandelnden Leistungserbringer in der Abrechnung namentlich zu nennen. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (3) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Stilllegung des IK darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

§ 18 Abrechnungsregelungen

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen (im Folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt – abrufbar unter www.datenaustausch.de) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.
- (2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus

Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2 SGB V). Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere AC/TK, Positionsnummern, Preise, LANR, Indikationsschlüssel und ICD-10, Tag der Leistungserbringung), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.

- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassenen Leistungserbringer bis zu 2-mal je Monat für alle abgeschlossenen oder beendeten Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.
- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (6) Der zugelassene Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:
 - a) IK des Leistungserbringers (§ 20)
 - b) Rechnungs- und Belegnummer
- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

- (8) Der in der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) zu übermitteln.
- (9) Sofern sich aus der Verordnung Besonderheiten ergeben, ist das entsprechende Kennzeichen "Verordnungsbesonderheiten" gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V (z. B. Entlassmanagement) im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (10) Sofern die Heilmittelverordnung einen oder mehrere ICD-10-Schlüssel enthält, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (11) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist von 9 Kalendermonaten geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z. B. Abrechnung nicht erlaubter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse.
- (12) Die Frist nach Absatz 11 Satz 1 gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i. S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt. Widerspricht der zugelassene Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform unter Beifügung der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (12a) Bei der Erbringung von podologischen Leistungen kann pro Heilmittelverordnung nach Erbringung von drei Behandlungseinheiten eine Zwischenrechnung bei den von Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) unter Vorlage einer Originalverordnung sowie der Leistungsbestätigungen der oder des Versicherten/der betreuenden Person eingereicht werden. Auf dem Original ist dies mit dem Vermerk „Zwischenrechnung“ kenntlich zu machen. Zum Abschluss der

Behandlungsserie ist für die übrigen Behandlungseinheiten eine Kopie der Verordnung einzureichen, auf der sich auch die übrigen originalen Leistungsbestätigungen der oder des Versicherten oder der betreuenden Person befinden. Die Teilabrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des zugelassenen Leistungserbringers einzureichen. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden.

- (13) Sofern bei einer Praxisübernahme oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch die oder den Versicherten Leistungen von zwei verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, 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 Leistungsbestätigung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind im Fall einer Praxisübernahme oder eines Wechsels eines zugelassenen Leistungserbringers Teilabrechnungen nicht möglich.
- (14) Die Bezahlung der Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Im Falle des Verzugs gilt § 288 BGB.
- (15) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder die von ihr beauftragte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des

Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der zugelassene Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen eine eigene Verpflichtung der Abrechnungsstellen, z. B. aufgrund eigener Verantwortlichkeit im Sinne der DSGVO begründen.

- (16) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (17) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom zugelassenen Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des zugelassenen Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

§ 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Verstößt ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrags gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß"), so ist die jeweils betroffene Krankenkasse berechtigt,
- a) eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und – bei noch andauerndem Verstoß – eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
 - b) eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn Wiederholungsgefahr besteht,

- c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen, nach dessen Anhörung, eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen, die bis zu 5 % des Vorjahresumsatzes mit der jeweiligen Krankenkasse betragen kann.

Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V bleiben unberührt. Gegen Maßnahmen nach Satz 1 steht der Rechts-/Gerichtsweg offen.

- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
 - a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung,
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - d) Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt, solange sie nicht Bedingung für Leistungen nach diesem Vertrag sind.
- (3) Wird der Verstoß im Zusammenhang mit der Erbringung oder Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag begangen, ist die jeweils betroffene Krankenkasse berechtigt, dem zugelassenen Leistungserbringer neben der Kürzung der Abrechnung nach § 18 Absatz 11 dieses Vertrages einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 10 % des Kürzungsbetrags bei einmaligen Verstößen und einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 20 % des Kürzungsbetrags bei wiederholten Verstößen in Rechnung zu stellen. § 18 Absatz 11 Satz 3 dieses Vertrages gilt entsprechend.
- (4) Die Vertragsmaßnahmen nach Absatz 1 und 3 können auch nebeneinander verhängt werden. Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.
- (5) Im Falle des begründeten Verdachts eines Verstoßes sind die Krankenkassen gemäß § 197a Absatz 3a SGB V berechtigt, leistungsbezogene Daten in pseudonymisierter Form untereinander weiterzugeben, auszutauschen und wechselseitig zu verarbeiten. Die Krankenkasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen nach den Absätzen 1 und 3.

- (6) Die Krankenkassen können ihre Befugnisse nach den Absätzen 1, 3 und 5 auch auf einen für sie zuständigen Kassenartenverband übertragen.
- (7) Der Leistungserbringer ist jederzeit berechtigt, seinen Berufsverband hinzuzuziehen und diesen Erklärungen für sich abgeben zu lassen.

§ 20 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

Sofern sich ein, mehrere oder alle zugelassenen Leistungserbringer oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Krankenkassen darüber verständigen, können in dem jeweiligen Verhältnis einzelne, mehrere oder alle nicht elektronischen Prozesse dieses Vertrags auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die Leistungsbestätigung nach § 5 und die Begründung für die Zeitüberschreitung nach § 7.

§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2021 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, erstmals zum 31.12.2022, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.
- (2) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner unverzüglich zu informieren.
- (3) Die Anlagen nach § 1 Absatz 2 lit a), c) bis e) können unter Einhaltung der Frist nach Absatz 1 gesondert gekündigt werden. Für die Kündigung der Anlage nach § 1 Absatz 2 lit b) gilt die jeweils dort vereinbarte Frist. Für die Sätze 1 und 2 gelten Absatz 1 Satz 2 und Absatz 6 entsprechend. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.

- (5) Einvernehmliche Änderungen des Vertrages sind jederzeit möglich.
- (6) Dieser Vertrag gilt solange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wurde.

§ 22 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (3) Der Gerichtsstand ist Berlin.
- (4) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (5) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

Berlin den

GKV-Spitzenverband

Lesefassung

Reutlingen, den

Verband Deutscher
Podologen

Lesefassung

Kassel, den

Deutscher Verband für
Podologie (ZFD) e.V.

Lesefassung

Hamm, den

Bundesverband für
Podologie e.V.

Lesefassung