

Vergleich der alten und neuen Krankenkassenverträge

Vertrag ALT	Vertrag NEU	Konkrete Veränderung	Unser Tipp für Sie!
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages		
(1) Gegenstand des Vertrages ist die regionale Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen für die Versicherten der AOK .	(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.	Der Vertrag regelt nun die Einzelheiten für alle Krankenkassen in allen Bundesländern einheitlich .	
(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).	<u>Im neuen Vertrag Absatz (2):</u> (2) Die Versorgung mit Leistungen der Podologie richtet sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1-6: a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1) b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3) d) Fortbildungen (Anlage 4) e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5) f) Anerkenniserklärung (Anlage 6) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages. (-> entspricht Absatz (4) aus dem alten Vertrag)	Hier wurde lediglich eine detailliertere Auflistung der Vertragsinhalte vorgenommen.	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(3) Dieser Vertrag regelt insbesondere:</p> <p>a) Die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der AOKs</p> <p>b) Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Leistungserbringer und Krankenkassen</p> <p>c) Art und Umfang der Leistungen</p> <p>d) Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.</p>	<p><u>Im neuen Vertrag Absatz (3):</u></p> <p>(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, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Zugelassene Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft gemäß § 124 Abs. 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages schriftlich anzuerkennen. Zur Wahrung der Schriftform ist die Übermittlung z.B. per Fax oder E-Mail ausreichend.</p> <p><u>Mit der Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.</u></p>	<p>Die neuen Verträge müssen eigeninitiativ INNERHALB VON 6 Monaten nach Inkrafttreten anerkannt werden, um die bereits erteilte Zulassung zu behalten.</p>	<p>Wenden Sie sich per E-Mail oder Fax (also schriftlich!) an Ihre zuständige ARGE und erkennen so die neuen Verträge an.</p>
<p>(4) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.</p>	<p>Siehe Absatz (2) im neuen Vertrag.</p>		
<p>Im alten Vertrag nicht extra erwähnt.</p>	<p>(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.</p>		
<p>Im alten Vertrag nicht extra erwähnt.</p>	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

§ 2 Heilmittel-Richtlinie/ Rahmenempfehlungen	Im neuen Vertrag nicht extra erwähnt.		
(1) Die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gilt in der jeweils aktuellen Fassung.	Im neuen Vertrag nicht extra erwähnt.		
(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.	Im neuen Vertrag nicht extra erwähnt.		
Im alten Vertrag nicht extra erwähnt.	§ 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 Zulassung	siehe § 11 Zulassung		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(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.</p>			
<p>(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 Zulassungsbeginns gültiges Institutionskennzeichen vorzulegen.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(4) Für Zweigniederlassungen ist ein Zulassungsverfahren gemäß Abs. 1 und 2 sowie ein separates Institutionskennzeichen erforderlich.</p>			
<p>(5) Die Annahme von Verordnungen ist erst nach Erteilung der Zulassung zulässig.</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

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 .			
siehe § 5 Form und Abgabe der Leistung	§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung		
	(1) Der zugelassene Leistungserbringer erbringt ärztlich verordnete Maßnahmen der Podologie entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1).		Achtung! Der zugelassene Leistungserbringer haftet <u>für sich und seine Mitarbeiter</u> .

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen.</p> <p>Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtungen.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(4) Der zugelassene Leistungserbringer kann bis zur Dauer von sechs Monaten je Kalenderjahr in seiner Praxis vertreten werden. Längere Vertretungen sind der regional zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Abs. 2 SGB V möglichst eine Woche vor Beginn anzuzeigen.</p>		<p>Dies ist wichtig und darf nicht vergessen werden, z.B. auch, wenn Erziehungszeit in Anspruch genommen wird.</p>

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	Hiervon unberührt ist die Möglichkeit, die Praxis ohne Vertretung bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zu schließen.		
	<p>(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.</p>	Veränderungen müssen nun nicht mehr bei der AOK, sondern der zuständigen ARGE gemeldet werden.	<p>Achtung! Besonders bei Einstellung neuer Mitarbeiter darf die Meldung an die ARGE nicht vergessen werden.</p> <p>Wir empfehlen Ihnen bei Ihrer schriftlichen Anerkennung der neuen Verträge, direkt all Ihre Mitarbeiter mit den geforderten Daten ebenfalls anzugeben.</p>
	<p>(5) a) 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:</p> <p>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,</p> <p>b) die Schülerin oder Schüler unter Aufsicht des zugelassenen Leistungserbringers oder</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Art und Umfang der Aufsicht der Schülerin und 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.</p> <p>c) der Leistungserbringer muss 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,</p> <p>d) 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.</p> <p>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.</p>		
	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	(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 .	Die Krankenkasse muss nicht selbstständig informiert werden. Es besteht jedoch eine <u>Auskunftspflicht</u>, wenn die Krankenkasse Nachfragen hat.	
	(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 .	2 Heilmittelverordnungen (= HMVO) von verschiedenen Ärzten dürfen nicht zeitgleich pro Patienten abgerechnet werden!	
	(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 .	Beispiel: Wenn nur eine Nagelbearbeitung behandelt wurde, darf auch nur diese abgerechnet werden, keine zusätzliche podologische Komplexbehandlung.	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>(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.</p>		
	<p>(12) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten als Teil der Dokumentation gemäß § 630 f Abs. 2 BGB eine Verlaufsdokumentation 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.</p>		
	<p>(13) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.</p>		
	<p>(14) Klarstellend halten die Vertragspartner fest, dass der zugelassene Leistungserbringer und seine Leistungserbringer die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MBetreibV) und weiterer sich daraus ergebender Hygiene-Vorschriften in der jeweils gültigen Fassung beachten.</p>		<p>Diese Gesetze finden Sie auch auf unserer Homepage unter „Recht & Gesetz“.</p>

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

§ 4 Ende der Zulassung	siehe § 11 Absatz (5) Zulassungsvoraussetzungen		
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.			
siehe § 5 Absatz (4) Hausbesuche	§ 4 Hausbesuche		
	(1) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, die Durchführung ärztlich verordneter Hausbesuche sicherzustellen , wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis von 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 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 Leistungserbringern nicht übersteigt.	Es ist also möglich, einen Mitarbeiter einzustellen, welcher nur Hausbesuche durchführt. Die Anzahl der Podologen, die nur Hausbesuche durchführen, darf die Anzahl der Podologen, die in der angebotenen Praxis arbeiten nicht überschreiten!	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

§ 5 Form und Abgabe der Leistung	siehe § 3 Grundsätze der Leistungserbringung		
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(3) Der Leistungserbringer hat die ärztlich verordneten Leistungen selbst oder durch Mitarbeiter durchzuführen.</p>			
<p>(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.</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der AOK nicht möglich.</p>			
<p>(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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>der Befähigungen des Praktikanten abhängig zu machen. Der Therapeut trägt hierfür die Verantwortung.</p> <p>- 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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(8) Der Therapeut hat für jeden Anspruchsberechtigten eine Verlaufsdokumentation zu führen. Aus der Verlaufsdokumentation ergeben sich der Name des Versicherten,</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>der Tag der Leistungserbringung, die im Einzelnen erbrachten Leistungen und der behandelnde Therapeut. Die Unterlagen sind gemäß den gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.</p>			
<p>(9) Anfragen der AOK bezüglich der Leistungserbringung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten.</p>			
<p>(10) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.</p>			
<p>(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.</p>	<p>siehe § 3 Absatz (14) Grundsätze der Leistungserbringung</p>		
<p>(12) Die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, sind in den jeweils gültigen Fassungen einzuhalten.</p>	<p>siehe § 3 Absatz (14) Grundsätze der Leistungserbringung</p>		
<p>siehe § 6 Absatz (9) Vertragsärztliche Verordnung</p>	<p>§ 5 Bestätigung der Leistung</p>		
	<p>(1) Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich,</p>	<p>Ab jetzt müssen die Initialen des Behandlers auf der Verordnung angegeben werden. Diese können</p>	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	d.h. im Wortlaut 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.	jedoch auch von einem Angestellten eingetragen werden.	
	(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.	Ab jetzt muss eine gesetzliche Vertretung/Betreuungsperson/etc. auch einen Grund angeben , warum sie/er und nicht der Patient selbst unterschrieben hat.	
	(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 Vertragsärztliche Verordnung			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(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.</p>	<p>siehe § 5 Bestätigung der Leistung</p>		
<p>(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.</p>			
<p>(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</p>	<p>siehe § 6 Beginn der Behandlung und § 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p> <p>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.</p>			
<p>(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 Therapeuten und verordnendem Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.</p>			
<p>(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.</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>Der Therapeut begründet die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (K, U) unter Hinzufügung des Datums und Handzeichens auf der Rückseite des Verordnungsblattes.</p>			
<p>(6) Die ärztliche Verordnung ist nicht auf andere Personen übertragbar. Sie gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt ist.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Eine Bestätigung durch den Leistungserbringer bzw. seinen Mitarbeitern ist nicht gestattet.			
	§ 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 Abs. 5 entsprechend.		
	(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 Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Abs. 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		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.		
§ 7 Maßnahmen der Fortbildung	siehe § 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung		
(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 .			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	§ 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.	Dies trifft z.B. ein, wenn sich ein Patient an keinerlei Abmachungen hält.	
	(2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht , ist die Therapie zu beenden.		
	(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.		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	(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.	Auch wenn ein Patient vorzeitig mit einer neuen Heilmittelverordnung (= HMVO) erscheint, muss die „alte“ HMVO erst abgearbeitet werden. Die neue HMVO verfällt in diesem Fall.	
	(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 Unterbrechung von 12 Kalenderwochen nach dem letzten Behandlungstag ihre Gültigkeit.		
§ 8 Qualitätssicherung	siehe § 14 Maßnahmen der 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.			
siehe § 11 Abrechnung	§ 8 Gesetzliche Zuzahlung		
	(1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Absatz 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		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>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 Ordnungsblattgebühr 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.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(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 Absatz 3 SGB V muss entsprechend geändert oder ausgetauscht werden.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(6) Heilmittel werden gemäß § 2 Abs. 2 SGB V als Sachleistung erbracht. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.		
§ 9 Wahl des Leistungserbringers	§ 9 Wahl des Leistungserbringers		
(1) Der Versicherte kann unter den Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.	(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 Anschriften der Leistungserbringer.	(2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern.		
(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.	(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 Vergütung der Leistungen	siehe § 8 Absatz (1, 4, 5) Gesetzliche Zuzahlung		
(1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach den jeweils gültigen Höchst-Preis-Vereinbarungen vergütet.			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

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.			
siehe § 14 Datenschutz	§ 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 Abrechnung	Im neuen Vertrag nicht extra erwähnt.		
(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			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p>			
<p>(4) Bei der Abrechnung sind das jeweilige Schlüsselkennzeichen der Höchstpreisvereinbarung (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) sowie die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(6) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.</p>			
<p>(7) Eingezogene Zuzahlungen sind mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der AOK zu verrechnen, der eingezogene Zahlungsbetrag und der Bruttowert der Verordnung werden auf das Verordnungsblatt aufgetragen.</p>			
<p>(8) Für die Zuzahlungspflicht ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend,</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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)</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p> <p>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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p> <p>Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(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,</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

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.			
siehe § 3 Zulassung	§ 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 ,	Das ist z.B. der Fall, wenn ein Orthopädie-Schuhmacher einen zugelassenen Podologen eingestellt hat und nachweist, dass dieser Podologe die Behandlung durchführt.	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen.		
	<p>(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.</p>	Hier gilt der Bestandsschutz bzgl. der Raumgröße!	
	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	(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 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 m ² -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:		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister ggf. vergleichbare Nachweise.		
	<p>(8) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Abs. 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:</p> <p>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.</p> <p>Der zugelassene Leistungserbringer stellt sicher, dass die Angaben lit. a) bis i) stets aktuell bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Abs. 2 SGB V vorliegen.</p>		
	(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 Wirtschaftlichkeit	siehe § 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung		
(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.			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(2) Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die AOK nicht vergüten.</p>			
	<p>§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis</p>		
	<p>(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 HeilM-RL.</p>	<p>Ab jetzt beträgt die Mindeststundenzahl 25 Std., zuvor waren es 30 Std.</p>	
	<p>(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.</p>		
<p>§ 13 Klärung von Zweifelsfragen</p>	<p>siehe § 21 Absatz (4) Schlussbestimmungen</p>		
<p>Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der AOK und dem Leistungserbringer bereinigt werden. Die Berufsverbände sind über Zweifelsfragen und</p>			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

Meinungsverschiedenheiten von grundlegender Bedeutung zu informieren und um Stellungnahme zu bitten.			
	§ 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 Datenschutz	siehe § 10 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 bekanntwerdenden Versicherten- und Leistungsdaten und persönlichen Verhältnisse Betroffener sind geheim zu halten und dürfen nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden.			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(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.</p>			
<p>(3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.</p>			
<p>(4) Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck erheben, verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden.</p>			
<p>(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).</p>			
<p>siehe § 8 Qualitätssicherung</p>	<p>§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung</p>		
	<p>(1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	Auf Wunsch des zugelassenen Leistungserbringers ist dessen Verband hinzuzuziehen.		
	<p>(2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:</p> <p>a) Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen zugelassenem Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie,</p> <p>b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,</p> <p>c) Durchführung der Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung,</p> <p>d) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,</p> <p>e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13.</p>		
	(3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Kalendertage 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		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	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 Kassenartenverbände 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 ihr 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 Vertragserfüllung			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>(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.</p>			
<p>(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 Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind, soweit dem datenschutzrechtliche Gründe und/oder die berufliche Verschwiegenheitspflicht des Leistungserbringers gegenüber seinem Patienten nicht entgegenstehen.</p>	<p>siehe § 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung</p>		
<p>(3) Schadenersatzansprüche der betreffenden AOK bleiben hiervon unberührt.</p>			
<p>siehe § 5 Form und Abgabe der Leistung und § 12 Wirtschaftlichkeit</p>	<p>§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung</p>		
	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.		
	<p>(2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:</p> <p>a) Abstimmung des podologischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels,</p> <p>b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung,</p> <p>c) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt,</p> <p>d) fristgerechter Behandlungsbeginn,</p> <p>e) Therapiezeit je Therapieeinheit,</p> <p>f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels,</p> <p>g) Therapiefrequenz,</p> <p>h) Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten,</p> <p>i) Durchführung von Hausbesuchen.</p>		
	(3) Die Krankenkasse oder deren Kassenartenverband kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten.		
§ 16 Vertragsverstöße	siehe § 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen		
(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			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>Sachverhalt schriftlich Stellung zu nehmen und alle notwendigen Unterlagen kostenfrei zur Verfügung zu stellen, soweit dem datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht entgegenstehen.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>(3) Die Regelungen zum § 197a SGB V bleiben hiervon unberührt.</p>			
<p>(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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Medizinbetreiberverordnung durch die jeweils zuständige Stelle (z.B. Gesundheitsamt) 			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p>			
<p>(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.</p>			
<p>siehe § 10 Vergütung der Leistungen</p>	<p>§ 16 Vergütung</p>		
	<p>(1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung.</p>		
	<p>(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</p>	<p><u>Dies bedeutet:</u> Wenn ein Arzt/Eine Ärztin etwas verschreibt, was bei dem Patienten/der Patientin nicht vorliegt oder abgeklärt wurde, bekommt der/die behandelnde Podologe/Podologin das trotzdem</p>	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	einer Krankenkasse angenommen hat, führt dies nicht zum Verlust des Vergütungsanspruches des Leistungserbringers gegenüber der auf dem Verordnungsvordruck angegeben Krankenkasse.	bezahlt -> Die HMVO ist also richtig ausgefüllt, die erforderliche Diagnose fehlt jedoch.	
	(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.	Zahlt eine Krankenkasse also mehr, bedeutet dies eine Lohnerhöhung.	
§ 17 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	siehe § 20 Inkrafttreten und Beendigung 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			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

teilweise zum gleichen Termin ohne Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfristen gegen-kündigen.			
(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.			
siehe § 3 Absatz (4) Zulassung	§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens		
	<p>(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 <u>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.</u> 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.</p>		
	<p>(2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V bei der Zulassung mitzuteilen.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>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- oder Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.</p>		
	<p>(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.</p>		
§ 18 Salvatorische Klausel	siehe § 21 Schlussbestimmungen		
Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, der Rahmenempfehlungen oder höchstrichterliche			

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

<p>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.</p>			
<p>siehe § 11 Abrechnung</p>	<p>§ 18 Abrechnungsregelungen</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.</p>		
	<p>(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 Rechnerkürzung 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</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	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 rechnungsbegründete Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannte Stellen eingegangen sind.	Ab jetzt kann bis zu 2-mal im Monat abgerechnet werden. Dies ist jedoch freiwillig!	
	(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.		Schauen Sie regelmäßig Ihre Verordnungen durch, um diesen Zeitrahmen von 9 Monaten nicht zu überschreiten.
	(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		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>„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.</p>		
	<p>(8) Der in der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehen Datenfeld) zu übermitteln.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(10) Sofern die Heilmittelverordnung einen oder mehrere ICD-10-Schlüssel enthält, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.</p>		
	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse.</p>		
	<p>(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 Anfechtung 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.</p>		
	<p>(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</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind im Fall einer Praxisübernahme oder eines Wechsels eines zugelassenen Leistungserbringers Teilabrechnungen nicht möglich.</p>		
	<p>(13a) Bei der Erbringung von podologischen Leistungen kann pro Heilmittelverordnung nach Erbringung von drei Behandlungen 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. Zum Abschluss der Behandlungsserie ist für die übrigen Behandlungen 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.</p>	<p>Ab jetzt kann eine Zwischenabrechnung nach 3 Behandlungen gemacht werden.</p>	
	<p>(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</p>	<p>Die Angabe von 21 Kalendertagen gilt nun einheitlich für <u>alle</u> Krankenkassen.</p>	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Zahlungsauftrages 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.</p>		
	<p>(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</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	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 Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.		
siehe § 16 Vertragsverstöße	§ 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,		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>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.</p> <p>Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Abs. 2 SGB V bleiben unberührt. Gegen Maßnahmen nach Satz 1 steht der Gerichtsweg offen.</p>	<p>Bisher handelte es sich um eine Vertragsstrafe von bis zu 50.000,00€, nun ist die Höhe der Strafe in Prozent, konkret bis zu 5%, des Vorjahresumsatzes geregelt.</p>	
	<p>(2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:</p> <p>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.</p>		
	<p>(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 Abs. 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</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	stellen. § 18 Abs. 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 Abs. 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 Vertrages auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die Leistungsbestätigung nach § 5 und die Begründung für die Zeitüberschreitung nach § 7.		
siehe § 17 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	(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 Abs. 2 lit b) gilt die jeweils dort vereinbarte Frist. Für die Sätze 1 und 2 gelten Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6 entsprechend. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt. Die Anlage nach § 1 Abs. 2 lit. f) kann nicht gekündigt werden; sie entfällt zum 31.12.2021.		
	(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.		
siehe § 18 Salvatorische Klausel	§ 22 Schlussbestimmungen		
	(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>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.</p>		
	<p>(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.</p>		
	<p>(3) Der Gerichtsstand ist Berlin.</p>		
	<p>(4) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.</p>		
	<p>(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.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

Vergleich der ANHÄNGE der alten und neuen Krankenkassenverträge

	Anlage 1 Leistungsbeschreibung – Teil 1: Allgemeines zur Leistungsbeschreibung der Podologischen Therapie		
	<p>1. Grundsätze Diese Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und orientiert sich auch an der Gliederung. Änderungen in der Richtlinie mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.</p> <p>Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Podologischen Therapie gemäß der HeilM-RL. Sie benennt die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft und ordnet diese einzelnen Leistungen zu.</p> <p>Den einzelnen Leistungen der Podologischen Therapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis zugeordnet.</p>		
	<p>2. Befunderhebung, Erstellung Therapieplan, Aufnahme der Therapie Die Podologische Therapie wird durch die Ärztin oder den Arzt verordnet. Die Verordnung enthält unter anderem die ärztliche Diagnose.</p>	Hier finden Sie auch die neuen Indikationen.	

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur dann verordnungsfähige Heilmittel, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), oder • einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie, oder • eines neuropathischen Schädigungsbildes als Folge eines Querschnittsyndroms <p>dienen.</p> <p>Die Durchführung und Auswertung der podologischen Befunderhebung (einschließlich Anamnese) erfolgt zunächst im Rahmen der podologischen Erstbefundung und bildet auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und den Ergebnissen der störungsbildabhängigen ärztlichen Eingangsdagnostik die Voraussetzung, die Behandlungsziele zu definieren und einen Behandlungsplan zu erstellen. Dabei werden störungsspezifische Screening- und ggf. standardisierte Testverfahren entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls eingesetzt. Im Verlauf jeder Behandlungsserie erfolgen im Rahmen der Therapiemaßnahmen weitere erforderliche Befundungen (z. B. Überprüfung der Therapieziele, Anpassung des Therapieplanes) zur Qualitätssicherung unter Anwendung störungsspezifischer Screening- bzw. standardisierter Testverfahren.</p> <p>Auf der Grundlage des podologischen Therapieplanes und unter Berücksichtigung des</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>aktuellen Befundes der Versicherten wird die jeweilige podologische Maßnahme durchgeführt und der Therapieplan ggf. geprüft und angepasst. Bei jeder Behandlung ist eine Kontrolle der Schuhe und ggf. der Einlagen erforderlich.</p> <p>Die regelmäßige Unterweisung zur sachgerechten eigenständigen Durchführung der Fuß-, Haut- und Nagelpflege gehören ebenfalls zur Podologischen Therapie.</p> <p>Ziel der Podologischen Therapie ist die Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der physiologischen Funktion von Haut an den Füßen und Zehennägeln an den Füßen.</p>		
	<p>3. Vor- und Nachbereitung, Verlaufsdocumentation</p> <p>Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die Maßnahmen der Podologischen Therapie unabdingbar. Nach jeder Behandlung sind der Arbeitsplatz, sowie das Instrumentarium gemäß der gültigen Hygienerichtlinie zu reinigen, bzw. aufzubereiten.</p> <p>Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist gesondert ausgewiesen. Sie ist in der Regelleistungszeit der jeweiligen Leistung enthalten und mit der Vergütung abgegolten. Sie darf vom Leistungserbringer nicht innerhalb der Therapiezeit durchgeführt werden.</p> <p>Im Interesse einer effektiven und effizienten Podologischen Therapie ist eine Verlaufsdocumentation (gemäß § 3 Absatz 12 des Vertrags) zu führen und kontinuierlich</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>fortzuschreiben. Dabei sind je Therapieeinheit die im Einzelnen erbrachten Leistungen, ggf. Besonderheiten bei der Durchführung und Reaktion der Versicherten (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten) zu dokumentieren sowie Angaben über verwendetes Material zu machen.</p> <p>Die Verlaufsdocumentation und ggf. die Mitteilung an die Ärztin oder den Arzt sind Gegenstand der jeweiligen Leistungen nach Teil 2 Nr. 1 – 4. Sie darf nicht innerhalb der Therapiezeit durchgeführt werden.</p>		
	<p>4. Maßnahmen der Podologischen Therapie Gemäß § 28 HeilM-RL umfasst die Podologische Therapie folgende individuelle Maßnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hornhautabtragung Die fachgerechte Abtragung der verdickten Hornhaut bzw. das Entfernen von krankhaften Hornhautverdickungen dient der Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie Fissuren, Ulzera und Entzündungen durch spezifische Techniken der Schälung und des Schleifens der Haut unter Schonung der Keimschicht. Bei Patienten mit Vorfußamputationen können beide Füße podologisch behandelt werden. 2. Nagelbearbeitung Die Bearbeitung krankhaft verdickter Zehennägel, einschließlich der Behandlung von Zehennägeln mit Tendenz zum Einwachsen sowie eingewachsenen Zehennägeln im Stadium 1, dient der fachgerechten Beseitigung abnormer Nagelbildungen zur Vermeidung von 		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>drohenden Schäden an Nagelbett und Nagelwall durch spezifische Techniken wie Schneiden, Schleifen und/oder Fräsen.</p> <p>3. Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Die Podologische Komplexbehandlung dient der gleichzeitigen Hornhautabtragung, -entfernung und Nagelbearbeitung, sofern diese medizinisch erforderlich sind. Bei Patienten mit Vorfußamputationen können beide Füße podologisch behandelt werden.</p> <p>Diesen Maßnahmen werden die Leistungen „Podologische Behandlung (klein)“ bzw. „Podologische Behandlung (groß)“ zugeordnet. Die „Podologische Behandlung (klein)“ umfasst alle podologischen Leistungen mit einer Therapiezeit von bis zu 20 Minuten. Bei Podologischen Komplexbehandlungen mit einer Therapiezeit von mehr als 20 Minuten kann die Leistung „Podologische Behandlung (groß)“ abgerechnet werden. Zur jeweiligen Maßnahme zählt die ggf. erforderliche Hilfe beim An- und Ausziehen der Fußbekleidung, bei der Platzierung des Patienten sowie beim Fußbad.</p> <p>Die Leistungen werden in Teil 2 weiter beschrieben.</p>		
Teil 2: Maßnahmen der Podologischen Therapie			
	<p><u>1. Hornhautabtragung</u> Definition: Abtragen bzw. Ausdünnen krankhaft verdickter Hornhaut durch spezifische Techniken, insbesondere durch manuelle und/oder</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>maschinelle Bearbeitung der Haut unter Schonung der Keimschicht</p> <p>Heilmittelpositionsnummer: 78010 Podologische Behandlung (klein)</p> <p>Regelleistungszeit: 78010 35 Minuten</p> <p>Therapiezeit: 78010 20 Minuten</p> <p>Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: 15 Minuten (delegationsfähig an nichttherapeutisches Personal)</p> <p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie im Stadium Wagner 0 • Sensible oder sensomotorische Neuropathie • Neuropathisches Schädigungsbild als Folge eines Querschnittsyndroms <p>Schädigung: schmerzlose und/oder schmerzhaftes Hyperkeratosen z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwielen, • Clavus <p>Leistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Information der Versicherten 		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. keratolytische Maßnahmen/ ggf. Fußbad (max. 35 Grad), • Inspektion der gefährdeten Stellen des Fußes, • manuell und/oder maschinell dosierte Hornhautabtragung/-bearbeitung (z. B. mit Skalpell, Fräser), • manuelle und/oder maschinelle Entfernung des Clavus (z. B. mit Skalpell, Hautzangen, Pinzetten, Fräser), • Verbesserung der Elastizität der Haut ggf. auch unter Anwendung von Pflegemitteln sowie • ggf. Abtragung der Nagelfalzverhornung • ggf. Druck- und/oder Reibungsschutz an den gefährdeten Stellen. <p>Therapieziel: Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fissuren, • Ulzera und • Entzündungen <p>mit entsprechenden Krankheitsfolgeschäden beim diabetischen Fußsyndrom sowie dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbarer Schädigungen der Haut und der Zehennägel.</p> <p><u>2. Nagelbearbeitung</u></p> <p>Definition: Manuelle und/oder maschinelle Nagelbearbeitung zur fachgerechten Beseitigung abnormer Nagelbildungen durch spezifische</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Techniken, insbesondere wie Schneiden, Schleifen und/oder Fräsen.</p> <p>Heilmittelpositionsnummer: 78010 Podologische Behandlung (klein)</p> <p>Regelleistungszeit: 78010 35 Minuten</p> <p>Therapiezeit: 78010 20 Minuten</p> <p>Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: 15 Minuten (delegationsfähig an nichttherapeutisches Personal)</p> <p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie im Stadium Wagner 0 • Sensible oder sensomotorische Neuropathie • Neuropathisches Schädigungsbild als Folge eines Querschnittsyndroms <p>Schädigung: Pathologisches Nagelwachstum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdickung • Tendenz zum Einwachsen • Eingewachsener Zehennagel Stadium 1 <p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onychochauxis (Nagelplattenverdickung), • Onychogryposis (Krallennagel), • Nageldystrophie, • Nagelfalzverhornung, • drohender Unguis incarnatus 		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Leistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Information des Versicherten • Ggf. keratolytische Maßnahmen/ ggf. Fußbad (max. 35 Grad), • manuelles und/oder maschinelles Kürzen der Nägel, • fachgerechte Behandlung der vom Einwachsen bedrohten Nagelteile bzw. eingewachsenen Nagelteile bis Stadium I • Ausdünnen der verdickten Nagelplatte, • ggf. erforderliche Schutzmaßnahmen (z.B. Pflaster, Tamponaden usw). <p>Therapieziel: Vermeidung von drohenden Nagelwall- und Nagelbettschädigungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen • Ulzera und • Entzündungen <p>mit entsprechenden Krankheitsfolgeschäden beim diabetischen Fußsyndrom sowie dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbarer Schädigungen der Haut und der Zehennägel.</p> <p><u>3. Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)</u></p> <p>Definition: Soweit die Ärztin oder der Arzt sowohl die Hornhautabtragung als auch die Nagelbearbeitung gleichzeitig verordnet, wird eine Komplexbehandlung durchgeführt.</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Heilmittelpositionsnummer: 78010 Podologische Behandlung (klein) 78020 Podologische Behandlung (groß)</p> <p>Regelleistungszeit: 78010 35 Minuten 78020 50 Minuten</p> <p>Therapiezeit: 78010 20 Minuten 78020 35 Minuten</p> <p>Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: 15 Minuten (delegationsfähig an nichttherapeutisches Personal)</p> <p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie im Stadium Wagner 0 • Sensible oder sensomotorische Neuropathie • Neuropathisches Schädigungsbild als Folge eines Querschnittsyndroms <p>Schädigung: schmerzlose und/oder schmerzhaftes Hyperkeratosen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwielen, • Clavus • Nagelfalzverhornung <p>und Pathologisches Nagelwachstum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdickung • Tendenz zum Einwachsen • Eingewachsener Zehennagel Stadium 1 		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onychochauxis (Nagelplattenverdickung) • Onychogryposis (Krallennagel) • Nageldystrophie • drohender Unguis incarnatus <p>Leistung: Kombination aus Leistungen zu Punkt 1 + 2</p> <p>Therapieziel: Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fissuren • Ulzera und • Entzündungen <p>sowie Vermeidung von drohenden Nagelwall- und Nagelbettschädigungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen • Ulzera und • Entzündungen <p>mit entsprechenden Krankheitsfolgeschäden.</p>		
Anlage 2 Vergütung			
	<p><u>§ 1 Preisvereinbarung</u> (1) Diese Preisvereinbarung gilt für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung. (2) Für Behandlungen, die ab dem 01.01.2021 stattfinden, sind pro Behandlung folgende Preise abzurechnen: Siehe 4. Anhang!</p>		
	<p><u>§ 2 Vergütungsinhalt</u> (1) Mit den in § 1 Abs. 2 genannten Vergütungssätzen für die Positionen 78010</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>und 78020 sind die in Anlage 1 (Leistungsbeschreibung) Teil 1 Ziffer 3. und 4. vereinbarten Leistungen sowie alle Sachkosten für Aufbereitung des Raumes und der Instrumente sowie die für die podologische Therapie üblicherweise erforderlichen Hygienemaßnahmen des Leistungserbringers abgegolten (Endpreis).</p> <p>(2) Mit dem in § 1 Abs. 2 genannten Vergütungssatz für die Position 78030 sind die in Anlage 1 (Leistungsbeschreibung) Teil 1 Ziffer 2. vereinbarten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten (Endpreis). Die Position 78030 kann zusätzlich zu jeder Behandlung nach Abs. 1 abgerechnet werden.</p> <p>(3) Die Vergütung der Position 78020 setzt sich aus 28,50 € für die therapeutische Leistung, 7,50 € für die Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation und 4,00 € für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Aufbereitung des Raumes und der Instrumente sowie die für die podologische Therapie üblicherweise erforderlichen Hygienemaßnahmen des Leistungserbringers zusammen.</p> <p>(4) Die Vergütung der Position 78010 setzt sich aus 16,30 € für die therapeutische Leistung, 7,50 € für die Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation und 4,00 € für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Aufbereitung des Raumes und der</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Instrumente sowie die für die podologische Therapie üblicherweise erforderlichen Hygienemaßnahmen des Leistungserbringers zusammen.</p> <p>(5) Der Begriff „soziale Einrichtung“ in der Beschreibung zu Position 79934 bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Personen oder von Personen mit Behinderung dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Einrichtungen für die Kurzzeit- und Tagespflege, sowie Wohnformen, die auf die medizinische, soziale und therapeutische Betreuung älterer und/oder pflegebedürftiger Personen ausgelegt sind. Die Position 79934 ist auch beim Besuch nur einer einzelnen Person abzurechnen.</p> <p>(6) Die Positionen 79933 und 79934 sind für eine Behandlung nicht zusammen abrechenbar und können pro Tag je Versicherten nur einmal in Ansatz gebracht werden. Sofern der Praxissitz des zugelassenen Leistungserbringers und der Ort der Leistungserbringung identisch sind (innerhalb einer sozialen Einrichtung/einer Einrichtung des Betreuten Wohnens), ist ein Hausbesuch nicht abrechnungsfähig.</p> <p>(7) Die vereinbarten Preise umfassen auch die im Einzelfall ggf. anfallende Umsatzsteuer.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p><u>§ 3 Inkrafttreten und Laufzeit</u></p> <p>(1) Die Vergütungsvereinbarung tritt ab dem 01.01.2021 in Kraft.</p> <p>(2) Die Laufzeit der Vergütungsvereinbarung ist nicht befristet und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum 30.06.2021 erstmals gekündigt werden. Diese Anlage kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.</p> <p>(3) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit des Vertrages nach § 125 SGB V.</p> <p>(4) Nach Kündigung dieser Anlage gelten die vereinbarten Preise fort, bis eine neue Anlage in Kraft tritt.</p>		
	<p>Anlage 3 Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“</p>		
	<p><u>1. Ziel der Anlage</u></p> <p>Diese Anlage soll sicherstellen, dass der Leistungserbringer fehlerhafte oder unvollständig ausgefüllte Verordnungen besser erkennen kann. Sie gibt ihm einheitliche Regularien zu Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt. Diese Anlage berücksichtigt dabei die Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie. Dies trägt dazu bei, dass mögliche Fehler rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Die im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.</p> <p><u>2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken</u></p> <p>Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.</p> <p><u>3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt</u></p> <p>Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 HeilM-RL ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Ist die Heilmittelverordnung nicht ordnungsgemäß ausgestellt, ist der Behandlungsvertrag gegenüber der Krankenkasse schwebend unwirksam. Die Behandlung kann jedoch begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben im Personalienfeld, • Diagnose, • konkretes Heilmittel, • Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes. <p><u>4. Korrekturmöglichkeit --form und -zeitpunkt</u></p> <p>(1) Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung im nachfolgend beschriebenen Form korrigieren bzw. ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung und/oder Korrektur anstoßen.</p> <p>(2) Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3 dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer in der Folge die nach dem vorstehenden Satz 3 vollständig ergänzte bzw. korrigierte Kopie der Originalverordnung zurück,</p>		
--	---	--	--

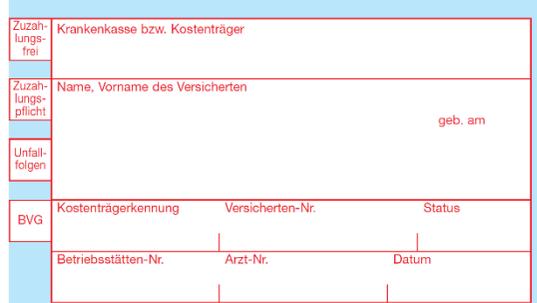
(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb von 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.</p> <p>(3) Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.</p> <p>(4) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.</p> <p>(5) Eine Ergänzung und/oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.</p> <p>(6) Bei Ergänzungen und/oder Korrekturen durch den zugelassenen Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Änderungen und/oder Ergänzungen durch den zugelassenen Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.</p> <p><u>5. Verordnungsdaten</u> Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der neuen HeilM-RL ab 01.01.2021.</p> <p>Siehe 1. bis 3. Anhang</p>		
zu Anlage 3 Erläuterungen zur Art der Angabe			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pflichtangaben: als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein - Optionale Angabe: als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein - Konditionale Pflichtangabe: als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder 		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft		
	a) Personalienfeld		
	 <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zur verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer), Ausstellungsdatum</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Fehlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.), • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), 		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr.) oder • das Ausstellungsdatum, <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> <p>Korrekturen und/oder Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Handschriftliche Änderungen der Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung (Muster 13E) ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen. Für die Felder „Status“ und „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich. Eine fehlende Betriebsstättennummer im Versichertenfeld kann vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes übernommen werden.</p> <p>a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht</p> <p>Art der Angabe: Erläuterung</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Optionale Angabe: Durch Setzung eines Kreuzes gibt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Optionale Angabe: Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer unabhängig von der Kennzeichnung auf der Verordnung nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ müssen nicht korrigiert werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Optionale Angabe: entfällt</p> <p>a2) Unfallfolgen/BVG</p> <p>Art der Angabe: Erläuterung Konditionale Angabe: Durch Setzung eines Kreuzes kann die Ärztin oder der Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Konditionale Angabe: keine Korrektur möglich</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Konditionale Angabe: entfällt</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>b) Heilmittelbereich</p> <div style="border: 1px solid #ccc; background-color: #e0f2f7; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Optionale Angabe: Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier: Podologie)</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Optionale Angabe: Keine Korrektur erforderlich, aber Information an Ärztin oder Arzt</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Optionale Angabe: entfällt</p> <p>c) Hausbesuch</p> <div style="border: 1px solid #ccc; background-color: #e0f2f7; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Konditionale Angabe: Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Konditionale Angabe: Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe,</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt.</p> <p>Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Konditionale Angabe: Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.</p> <p>d) Therapiebericht</p> <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; padding: 2px; margin: 10px 0;"> <input type="checkbox"/> Therapiebericht </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Optionale Angabe: Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Optionale Angabe: Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Optionale Angabe: Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung erfolgt sein.</p> <p>e) Dringlicher Behandlungsbedarf</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Optionale Angabe: Ist das Feld „dringlicher Behandlungsbedarf“ angekreuzt, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. In allen anderen Fällen muss die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Optionale Angabe: Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann nur von der Ärztin oder dem Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Optionale Angabe: Die Änderung muss vor Behandlungsbeginn mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe bestätigt werden.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>f) Behandlungseinheiten</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="background-color: #ADD8E6; display: inline-block; padding: 2px;">Behandlungseinheiten</p> <hr style="border: 1px solid red;"/> <hr style="border: 1px solid red;"/> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: a) Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen. b) Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der zugelassene Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL zulässig sind. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: a) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Abs. 2 möglich. b) Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)</p> <p>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Es sind ausschließlich Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) verordnungsfähig.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: <u>Heilmittel</u>: Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Erforderliche Korrekturen und /oder Ergänzungen müssen vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>g2) Ergänzendes Heilmittel</p> <p>Ergänzendes Heilmittel</p> <p>Art der Angabe: Erläuterung Entfällt: Ergänzende Heilmittel können gemäß Heilmittel-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt nicht verordnet werden und somit auch nicht vom Leistungserbringer abgegeben und abgerechnet werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Entfällt: Ein ergänzendes Heilmittel kann mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe nachgetragen werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Entfällt: entfällt</p> <p>i) Therapiefrequenz</p> <p>Therapiefrequenz</p> <p>Nach Rücksprache mit dem Arzt <input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz</p> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Die Ärztin oder der Arzt legt die Frequenz oder die Frequenzspanne der Behandlungseinheiten symptom- oder bedarfsorientiert fest.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: a) Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit dem Namenskürzel des abgebenden Leistungserbringers und dem Datum vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. b) Fehlt die Frequenzangabe, gilt automatisch die im HeilM-Katalog angegebene Frequenzspanne. In diesem Fall ist eine Korrektur und/oder Ergänzung nicht erforderlich.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p> <p>j) Diagnosegruppe</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> Diagnose- gruppe <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) anzugeben.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p> <p>k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD 10-Code)</p> <div data-bbox="696 651 1249 746" style="border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p style="color: red; font-size: small;">Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; height: 20px;"></td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Die Angabe der therapielevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Als therapielevant nach § 27 Abs. 1 HeilM-RL ist ein ICD-10-Schlüssel anzusehen, der zumindest entweder das Diabetische Fußsyndrom oder die diabetische Neuropathie deklariert.</p> <p>Als therapielevant nach § 27 Abs. 2 HeilM-RL sind ICD-10-Schlüssel zur Kodierung von krankhaften Schädigungen am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder als Folge eines</p>						

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Querschnittsyndroms (Komplett oder inkomplett) anzusehen.</p> <p>Weitere Angaben zur Schädigung in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel oder eines Freitextvermerkes sind für die Gültigkeit der Verordnung unschädlich. Zusätzlich zum ICD-10-Schlüssel kann eine (weitere) ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung angegeben sein.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapiererelevant, ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Erforderliche Korrekturen und/oder Ergänzungen müssen vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.</p> <p>I) Leitsymptomatik</p> <p>Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/></p> <p>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</p> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p> <p>m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise</p> <div data-bbox="831 959 1128 1139" style="border: 1px solid lightblue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <small>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</small> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Optionale Angabe: Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Optionale Angabe: Keine Korrektur erforderlich</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Optionale Angabe: entfällt</p> <p>n) Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p> <div data-bbox="848 655 1111 855" style="border: 1px solid red; width: 117px; height: 125px; margin: 10px auto; text-align: center; color: red; font-size: small;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie von der Ärztin oder dem Arzt unterschrieben und mit ihrem oder seinem Arztstempel versehen ist.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Korrekturen und/oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.</p>		
--	---	--	--

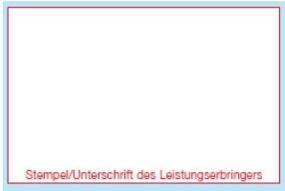
(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgt sein.</p> <p>o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Empfangsbestätigung durch den Versicherten</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">Datum</th> <th style="width: 45%;">Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)</th> <th style="width: 15%;">Leistungserbringer</th> <th style="width: 20%;">Unterschrift des Versicherten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Die abgegebene Leistung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe verständlich im Wortlaut und unter Angabe des Datums und Initialen des abgebenden Leistungserbringers einzutragen. Im weiteren Verlauf sind auch gängige Abkürzungen oder Wiederholungszeichen zulässig. Diese Angaben sind vom Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Korrekturen und/oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Die Unterschrift des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt</p>		Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten	1					2						
	Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten														
1																		
2																		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>sein. Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der Leistung und der Initialen des Leistungserbringers sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p> <p>p) Rechnungsdaten</p> <div data-bbox="734 459 1220 574"> <p>Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers</p> <p>Rechnungsnummer <input type="text"/></p> <p>IK des Leistungserbringers <input type="text"/> Belegnummer <input type="text"/></p> </div> <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Hier sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen.</p> <p>Das IK des Leistungserbringers ist zusätzlich auch auf der Vorderseite der Verordnung einzutragen.</p> <div data-bbox="712 912 1249 965"> <p>IK des Leistungserbringers <input type="text"/></p> </div> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Korrekturen und/oder Ergänzungen des IK des Leistungserbringers sind auf der Vorder- und Rückseite der Verordnung vorzunehmen. Fehlt die Angabe des IK auf der Vorderseite der Verordnung ist dies unschädlich.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>q) Behandlungsabbruch</p>  <p>Art der Angabe: Erläuterung Konditionale Angabe: Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Konditionale Angabe: entfällt</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Konditionale Angabe: entfällt</p> <p>r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers</p>  <p>Art der Angabe: Erläuterung Pflichtangabe: Durch Unterschrift und Praxisstempel ist vom Leistungserbringer die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturmöglichkeit Pflichtangabe: Korrekturen und/oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.</p> <p>Art der Angabe: Korrekturzeitpunkt Pflichtangabe: Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Abs. 2 möglich.</p>		
	Anlage 4 Fortbildung		
	<p><u>1. Ziel</u></p> <p>Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Leistungserbringer in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden.</p> <p>Die Fortbildungen sollen die Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln, – der Behandlungsergebnisse und – der Versorgungsabläufe <p>fördern bzw. positiv beeinflussen.</p> <p><u>2. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung</u></p> <p>Es wird ein Punktesystem genutzt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 48 FP in den letzten vier Jahren, davon möglichst 12 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 3.) ist nicht möglich.</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p><u>3. Betrachtungszeitraum</u></p> <p>Der Beginn des ersten Betrachtungszeitraums ist am 01.01.2021. Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen zur Fortbildung verpflichteten Leistungserbringer. Der Betrachtungszeitraum ist für Zeiten, in denen sich der zur Fortbildung verpflichtete Leistungserbringer im Mutterschutz oder der Elternzeit befindet oder eine Arbeitsunfähigkeit von über 3 Monaten besteht, unterbrochen. Die Fortbildungspunkte sind in diesen Fällen für den verbleibenden Betrachtungszeitraum anteilig zu ermitteln. Der zur Fortbildung verpflichtete Leistungserbringer hat die Zeiten der Unterbrechung nachzuweisen.</p> <p><u>4. Inhaltliche Anforderungen an die Fortbildung</u></p> <p>Die Fortbildung muss inhaltlich auf den Heilmittelbereich Podologie ausgerichtet sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> – aktuelle, möglichst evidenzbasierte Erkenntnisse der eigenen Disziplin bzw. aus angrenzenden Fachgebieten mit Bezug zum Heilmittelbereich Podologie oder – Informationen über aktuelle Inhalte der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 6 SGB V und dieses Vertrages oder – aktuelle Diagnostik- oder Therapieverfahren vermittelt werden. <p>Folgende Fortbildungen werden in Summe mit bis zu 16 Fortbildungspunkten im jeweiligen Betrachtungszeitraum anerkannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachbezogene Kongresse 		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<ul style="list-style-type: none"> – Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation – Rechtliche Fortbildungen über gesetzliche und vertragliche Bestimmungen mit unmittelbarem Bezug zur Leistungserbringung – Referenten- oder Dozententätigkeit <p>Diesen Anforderungen genügen insbesondere folgende Inhalte nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Selbststudium, auch in elektronischer Form (z. B. Webcasts oder Lernsoftware) ohne Interaktionsmöglichkeit und ohne Teilnahmenachweis – IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV – praxisinterne Fortbildungen, sofern es sich nicht um eine externe Dozentin oder einen externen Dozenten handelt – Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen – Messeveranstaltungen und Ausstellungen – Allgemeine Persönlichkeitsschulungen – Praxisgründungsseminare – Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder allgemeinen juristischen Themen – Seminare zu Abrechnungsfragen oder –verbesserungen – Fortbildungen zu nichtverordnungsfähigen Heilmitteln, insbesondere auch Maßnahmen, die üblicherweise als Wellnessangebot angeboten werden (z.B. Wellness-Fußmassagen oder Paraffin-Anwendungen) 		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p><u>5. Anforderungen an Dozierende</u></p> <p>Für Fortbildungen gelten folgende Anforderungen an die Dozierende oder den Dozierenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abgeschlossene Ausbildung, die zum Führen der Berufsbezeichnung als Therapeutin oder Therapeut im Heilmittelbereich Podologie berechtigt bzw. die in der Anlage 5 aufgeführten personellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt werden und eine mindestens 2-jährige vollzeitige oder eine mindestens 4-jährige teilzeitige therapeutische Berufserfahrung besteht. – Eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besteht. – Eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich Podologie oder in einem der o.g. Fachgebiete ausgeübt wird. – Die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens einem Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachgewiesen werden können. <p><u>6. Einsatz digitaler Kommunikationsmedien</u></p> <p>Für Fortbildungen, die mittels digitaler Kommunikationsmedien besucht werden (z.B.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Online-Seminare), gelten folgende zusätzliche Anforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Registrierung der Teilnehmenden und Protokollierung der Teilnahme – Möglichkeit zur direkten Interaktion mit den Dozierenden während der Fortbildung <p><u>7. Teilnahmebescheinigung</u> Die Teilnahmebescheinigung muss u.a. folgende Mindestinhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bezeichnung der Fortbildung/Thema der Veranstaltung – Veranstaltungsort – Name der Teilnehmerin oder des Teilnehmers mit Geburtsdatum – Kurzbeschreibung der maßgeblichen Fortbildungsinhalte – Qualifikation der oder des Dozierenden – Anzahl der Unterrichtseinheiten und Fortbildungspunkte – Unterschrift, Name und Anschrift der oder des Veranstaltenden <p><u>8. Dokumentation</u> Für Fortbildungen gilt, dass die oder der Veranstaltende für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten führt. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 5 und 6) 60 Monate aufzubewahren.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p><u>9. Evaluation</u></p> <p>Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmenden mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.</p> <p><u>10. Nachweis</u></p> <p>Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist für den zugelassenen Leistungserbringer oder die benannte fachliche Leitung auf Anforderung der Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.</p>		
Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen			
	<p>1. Berufliche Qualifikation</p> <p><u>1.1</u> fachlich qualifizierte Berufsgruppen Angehörige folgender Berufsgruppen sind für die Abgabe von podologischen Leistungen qualifiziert:</p> <p><u>1.1.1</u> Podologinnen oder Podologen gemäß § 1 Satz 1 des Podologengesetzes</p> <p><u>1.1.2</u> Staatlich geprüfte Podologinnen oder Podologen gemäß § 15 Abs. 1 Privatschulgesetz Baden Württemberg (PSchG) vom 1. Januar 1990 (GBl. S. 105), zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Privatschulgesetzes vom 13. November 1995 (GBl. S. 764), mit dem Abschlusszeugnis erteilte Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung "Staatlich geprüfte Podologin" oder "Staatlich geprüfter Podologe"</p> <p><u>1.1.3</u> Staatlich geprüfte medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger</p>		

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>gemäß der bayerischen Schulordnung für die Berufsfachschulen für medizinische Fußpflege vom 23. April 1993 (GVBl. S. 317, berichtigt GVBl. 1993 S. 854), zuletzt geändert durch Verordnung vom 4. Juli 1997 (GVBl. S. 230), erteilte Berechtigung zur Führung der Bezeichnung "staatlich geprüfter medizinischer Fußpfleger" oder „staatlich geprüfte medizinische Fußpflegerin"</p> <p><u>1.1.4</u> Staatlich anerkannte medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger gemäß dem Runderlass des Niedersächsischen Sozialministers über die staatliche Anerkennung von medizinischen Fußpflegern vom 21. Februar 1983 (Niedersächsisches Ministerialblatt S. 266) und des Runderlasses des Niedersächsischen Kultusministeriums über die Ausbildung und Prüfung an Berufsfachschulen – Medizinische Fußpflege - vom 10. November 1982 (Niedersächsisches Ministerialblatt S. 2195) erteilte staatliche Anerkennung als "Medizinischer Fußpfleger"</p> <p><u>1.1.5</u> Staatlich anerkannte Podologinnen und Podologen gemäß dem Schulgesetz des Landes Sachsen Anhalt in der Fassung vom 27. August 1996 (GVBl. LSA S. 281), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Januar 1998 (GVBl. LSA S. 15), erteilte Berechtigung als "Staatlich anerkannte Podologin" oder "Staatlich anerkannter Podologe"</p> <p><u>1.2</u> Nicht fachlich qualifizierte Berufsgruppen</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>Angehörige folgender Berufsgruppen sind für die Abgabe von podologischen Leistungen insbesondere nicht fachlich qualifiziert:</p> <p><u>1.2.1</u> Medizinische Fußpflegerinnen oder Medizinische Fußpfleger mit der Bezeichnung „Podologin“ oder „Podologe“, die nicht nach dem PodG ausgebildet und geprüft wurden</p> <p><u>1.2.2</u> Fußpflegerin oder Fußpfleger</p> <p><u>1.2.3</u> Orthopädieschuhmacherinnen oder Orthopädieschuhmacher, Orthopädieschuhmachermeisterinnen oder Orthopädieschuhmachermeister</p> <p><u>1.2.4</u> Personen, die auf Grund einer Ausbildung nach dem Gesetz über die Ausübung der Berufe der Masseurin oder des Masseurs, der Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder des Masseurs und medizinischen Bademeisters und der Krankengymnastin oder des Krankengymnasten in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-7, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert gemäß Artikel 14 der Verordnung vom 26. Februar 1993 (BGBl. I S. 278), die Berufsbezeichnungen "Masseurin" oder "Masseur", "Masseurin und medizinische Bademeisterin" oder "Masseur und medizinischer Bademeister" führen dürfen.</p> <p><u>1.2.5</u> Kosmetikerinnen und Kosmetiker</p> <p><u>1.2.6</u> Altenpflegerinnen und Altenpfleger</p> <p><u>1.2.7</u> Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger, oder Pflegefachfrau und Pflegefachmann</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>2. Räumliche Mindestvoraussetzungen</p> <p>2.1 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf einen Leistungserbringer ausgerichtet.</p> <p>2.2 Die Praxis muss einen geschlossenen Behandlungsraum von 8 m² umfassen. Ein Behandlungsraum kann zur selben Zeit nur von einem Leistungserbringer genutzt werden.</p> <p>2.3 Behandlungsräume dürfen keine Durchgangsräume sein, es sein denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden. Hinter dem Behandlungsraum liegende Räume sind mit einer Tür zu verschließen.</p> <p>2.5 Behandlungsräume bestehen aus festen Wänden und mind. einer Tür, müssen angemessen be- und entlüftbar sein, beheizt und beleuchtet werden können und sollen einen Richtwert von 2,40 m Deckenhöhe -lichte Höhe- nicht unterschreiten. Ein Deckenbalken, eine Deckenabhängung o.ä. gelten nicht als Unterschreitung der Raumhöhe, sofern deren Fläche 10 % der Gesamtdeckenfläche nicht überschreitet. Bei geringfügigen Abweichungen der Gesamthöhe um 10 cm nach unten (bspw. in Altbauten) kann eine Zulassung erteilt werden, sofern alle weiteren Voraussetzungen erfüllt sind und die Behandlungsqualität nicht eingeschränkt ist.</p> <p>2.6 In den Behandlungsräumen bedarf es trittsicherer (R9 oder höher), fugenarmer, leicht zu reinigender und zu desinfizierender Fußböden.</p> <p>2.7 In den Behandlungsräumen bedarf es glatter und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfester Wände.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>2.8 In jedem Behandlungsraum muss die Möglichkeit zur Handdesinfektion bestehen.</p> <p>2.9 Handwaschplatz im Behandlungsraum oder in der Nähe.</p> <p>2.10 Für die Aufbereitung der Instrumente ist ein geeigneter Raum gemäß den gesetzlichen Vorgaben und den Richtlinien des Robert-Koch Instituts einzurichten.</p> <p>3. Ausstattung</p> <p>3.1 Pflichtausstattung je Behandlungsraum:</p> <p>3.1.1 Motor für rotierende Instrumente mit Staubabsaugung oder Nasstechnik</p> <p>3.1.2 höhenverstellbarer Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen</p> <p>3.1.3 Leuchte</p> <p>3.1.4 mindestens fünf sterilisierbare Instrumentensätze (Medizinprodukte) bestehend aus Nagelzange, Skalpell, Sondierinstrument sowie Schleif- und Fräskörper</p> <p>3.1.5 jeweils zwei Verbandscheren, Pinzetten, Eckenzangen, Hautzangen oder -pinzetten (jeweils sterilisierbares Medizinprodukt oder als steriles Einwegprodukt),</p> <p>3.1.6 Entsorgungsbehälter, handfrei bedienbar</p> <p>3.1.7 Verbrauchsmaterial wie Tupfer, Tamponaden, sterile Kompressen in ausreichender Zahl</p> <p>3.1.8 persönliche Schutzausrüstung insbesondere Einmalhandschuhe, Mundschutz in ausreichender Zahl</p> <p>3.1.9 Hände-, Haut-, Flächendesinfektionsmittel</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>3.2 Pflichtausstattung für im Hausbesuch tätige Leistungserbringer Für die Erbringung podologischer Leistungen im Rahmen des Hausbesuches sind über die in Ziffer <u>3.1</u> genannte Ausstattung die folgenden Geräte und Utensilien erforderlich: <u>3.2.1</u> mobiler Motor für rotierende Instrumente mit Staubabsaugung oder Nasstechnik <u>3.2.2</u> Transportbehälter für benutzte Instrumente</p> <p>Die Instrumente nach <u>3.1.4</u> und <u>3.1.5</u> sind in verpacktem Zustand gemäß den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten des Robert-Koch-Instituts in der jeweils gültigen Fassung mitzuführen.</p> <p>3.3 Hygieneanforderungen <u>3.3.1</u> Sicherstellung der Sterilisation der Instrumentensätze durch einen Dampfsterilisator (Autoclav). Sofern die Sterilisation der Instrumentensätze nicht durch die Vorhaltung eines Dampfsterilisators (Autoclav) durch die Praxis selbst sichergestellt wird, muss diese einen Nachweis über einen gültigen Vertrag mit einer zentralen Aufbereitungsstelle mit Haftungshinweis vorlegen. <u>3.3.2</u> Die jeweils gültigen Hygieneanforderungen der Länder sind einzuhalten. <u>3.3.3</u> Vom gesamten Personal unterschriebener Hygieneplan, der die Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt;</p>		
--	---	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

	<p>dies gilt insbesondere bezogen auf die hygienische Händedesinfektion und die Aufbereitung des Behandlungsraumes sowie der sach- und fachgerechten Instrumentenaufbereitung.</p>		
--	--	--	--

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

1. und 2. Anhang

a) Personalfeld

a1) Zuzahlungsfrei, -Zuzahlungspflichtig

a2) Unfallfolgen/BVG

k) Behandlungsrelevante(n) Diagnose(n) (ICD 10 - Code)

j) Diagnosegruppe

g) Heilmittel gemäß dem Katalog / h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel

g1) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel/Unterschrift der Ärztin/Arztes

Heilmittelverordnung 13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

Diagnosegruppe Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

PDF 417 Freiraum

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10/2020)

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

p) Rechnungsdaten

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

q) Behandlungsabbruch

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

PDF 417 Freiraum

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung von der Frequenz

Änderung von Einzel- in Gruppentherapie

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

3. Anhang

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen <i>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)</i>	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch T U M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Änderung in
 Gruppen-therapie Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

r) Stempel/ Unterschrift des Leistungserbringers

p) Rechnungsdaten

q) Behandlungsabbruch

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenes = wichtig und dringend zu beachten!)

4. Anhang

HPNR		Vergütung	davon Zu- zahlung (nachrichtlich)
78010	Podologische Behandlung (klein)	27,80 €	2,78 €
78020	Podologische Behandlung (groß)	40,00 €	4,00 €
78030	Podologische Befundung	2,00 €	0,20 €
79933	Hausbesuch, ärztlich verordnet, inkl. Wegegeld	16,00 €	1,60 €
79934	Hausbesuch in soz. Einrichtung inkl. Wegegeld	9,00 €	0,90 €

(Gelbe Markierungen = Erneuerungen | Fettgedrucktes und/oder Unterstrichenenes = wichtig und dringend zu beachten!)