

**Rahmenvertrag
über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser
vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018,
gültig ab 01.01.2018**

zwischen

der **Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. München (BKG), Radlsteg 1,
80331 München**

- einerseits -

und

der **AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**

dem **BKK Landesverband Bayern**

der **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München**

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG)**

der **IKK classic**

(im Folgenden Krankenkassenverbände genannt)

- andererseits -

§ 1

Geltungsbereich und Gegenstand dieses Vertrages

(1) Dieser Vertrag gilt:

- Für die Krankenkassenverbände in Bayern und deren Mitgliedschaften.
- Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen im Sinne der §§ 108 Nr. 1, 2 und 3 SGB V und 111 SGB V, sofern sie den Verpflichtungsschein / Beitrittserklärung (Anlage 1) unterzeichnen und Ihnen die Zulassung erteilt worden ist.

(2) Dieser Vertrag regelt:

Auf der Grundlage des § 125 SGB V die Vertragsbeziehungen zwischen den bayerischen Krankenkassen und den bayerischen Krankenhäusern, sofern sie Heilmittel (§ 32 SGB V) ambulant abgeben und nach § 4 zugelassen sind.

1. Die Voraussetzung für die Leistungserbringung zu Lasten der Regionalkassen in Bayern.
2. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der zugelassenen Krankenhäuser (nachfolgend Zugelassener genannt) und der Krankenkassen.
3. Art und Umfang der Leistungserbringung.
4. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen.

(3) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

§ 2

Richtlinie/Rahmenempfehlungen

- (1) Die Heilmittel-Richtlinien Ärzte und Zahnärzte sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenempfehlungen der einzelnen Heilmittelbereiche gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln in ihrer jeweils gültigen Fassung incl. deren Anlagen sind zu beachten, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt. Diese werden den Leistungserbringern neben dem Rahmenvertrag und den Zulassungsempfehlungen (für den jeweiligen Bereich) gemäß § 124 Abs. 4 SGB V auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen zur Verfügung gestellt. Für den Bereich der AOK Bayern sind diese unter www.aok-gesundheitspartner.de/by/heilberufe abrufbar.
- (2) Soweit sich aus den jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung.
- (3) Dieser Vertrag berücksichtigt die jeweils geltende Heilmittel-Richtlinie. Die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte findet nur für die Bereiche physikalische Therapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Anwendung.

§ 3 Zulassung

- (1) Wer Heilmittel erbringen will, bedarf der Zulassung. Die Zulassung ist getrennt für die physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Podologie, Ernährungstherapie und kurortspezifische Leistungen zu beantragen. Sie wird von den Krankenkassenverbänden erteilt, wenn die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den jeweiligen Empfehlungen der Spitzenverbände für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen (§ 124 Abs. 4 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung gegeben sind.
- (2) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen sind verpflichtet den fachlichen Leiter, ggf. sein Stellvertreter der zuständigen Direktion der AOK Bayern, schriftlich unter Vorlage der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und des Arbeitsvertrages zu benennen. Personalveränderungen in diesem Bereich und sonstige Veränderungen, die die Voraussetzung der Zulassung betreffen, sind unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die Krankenkassen erhalten in Einzelfällen auf Anforderung eine Auflistung des insgesamt in der Einrichtung beschäftigten medizinisch-therapeutischen Personals. Die Auskunft bezieht sich auf die Vorlage von Berufsurkunden, Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen, sowie Fortbildungen. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte Institutionskennzeichen bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) in Sankt Augustin abzumelden.
- (3) Die Behandlungen haben durch den Masseur und med. Bademeister, Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen oder Leistungserbringer der Ernährungstherapie (Nachweis der entsprechenden Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) zu erfolgen. Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifiziert sind. Der Einsatz von Schülern ist unzulässig.

A) Im Bereich der physikalischen Therapie ist folgendes zu beachten:

- a) Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne des § 7 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPHG) vom 26.05.1994, die unter Aufsicht eines Zugelassenen oder eines zulassungsfähigen Mitarbeiters Behandlungen durchführen dürfen. Therapieergänzende Maßnahmen (z.B. Wärmeanwendungen mittels Strahler und Packungen, Ultraschall, Kältetherapie und Elektrotherapie) können auch nach Einweisung von Praktikanten erbracht werden.
- b) Der Einsatz von Schülern bzw. Studenten für Physiotherapie im Rahmen der schul- / studiumspraktischen Ausbildung im Sinne des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz MPHG) vom 26.05.1994 - zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 25.09.2009 (BGB I S. 3158) – ist unter der Voraussetzung möglich und vergütungspflichtig, dass:
 - 1) der Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der Physiotherapie-/ Massageschule und/oder der Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Physiotherapeuten bzw. Massageschülern und/oder Studenten geschlossen zu haben,
 - 2) der Leistungserbringer entsprechend den Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums besondere räumliche und sächliche Voraussetzungen erfüllt,

- 3) der Schüler bzw. Student unter Aufsicht der Zugelassenen oder eines zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachliche qualifizierten Physiotherapeuten/Masseur/Masseur und medizinischer Bademeister tätig wird.

Auf Verlangen der Krankenkasse sind die Voraussetzungen nach b1) und b2) nachzuweisen.

- c) Ausgeschlossen im Sinne dieser Regelung sind insbesondere:
Schulpraktikanten zur Berufsfindung (z. B. Schnupperpraktikum)
Vorpraktikanten
Personen mit nichtbestandenem Examen zum Physiotherapeuten oder Masseur/
Masseur und medizinischer Bademeister
Personen mit noch nicht anerkannten ausländischen Berufsurkunden.

B) Im Bereich der Podologie gilt dies auch für Praktikanten, die im Rahmen ihrer Ausbildung zum Podologen unter Supervision eines nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V qualifizierten Therapeuten tätig werden.

- (4) Für die Bereiche physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Podologie und kurortspezifische Leistungen hat der von der Einrichtung bestimmte fachlich verantwortliche Leiter bzw. sein Stellvertreter als Behandler ganztätig in den Räumlichkeiten für die Heilmittelabgabe zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten in den Räumlichkeiten der Einrichtung sicherzustellen. Im Bereich der Ernährungstherapie muss der verantwortliche Leiter bzw. sein Stellvertreter für mindestens 30 Stunden je Woche erreichbar sein. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (5) Die Behandlung von Anspruchsberechtigten ist erst nach Überprüfung der Voraussetzungen und Erteilung der Zulassung zulässig. Die Zulassung kann zum Stichtag der Antragstellung erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt sämtliche Voraussetzungen nachgewiesen sind und ein zum Datum des Zulassungsbeginns gültiges Institutionskennzeichen vorliegt.

§ 4

Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der entsprechenden Anlage der jeweiligen Rahmenempfehlungen fortzubilden. Die Regelungen der jeweiligen Rahmenempfehlungen hierzu sind zu beachten. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern oder seines Berufsverbandes innerhalb von sechs Wochen zu erbringen. Die therapeutisch tätigen angestellten und freien Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2018 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Regionalkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.
- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Verfahrensfragen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß Absatz 3 tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

§ 5

Abgabe von Heilmitteln, Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

- (1) Die Leistungen, die nach diesem Vertrag erbracht werden können, sind in den Anlagen 1 ff. der jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V beschrieben. Zur Durchführung dieser Behandlungen sind die Zugelassenen im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt und verpflichtet.
- (2) Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen/vertrags-zahnärztlichen Verordnung (entsprechend des für den jeweiligen Heilmittelbereich maßgeblichen Verordnungsvordruckes). Die vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Verordnung kann abgerechnet werden, wenn die Heilmittelverordnung alle Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie enthält, die Inhalt der Heilmittelverordnung sein müssen.

Zu Beginn der Behandlung soll die Verordnung folgende Angaben enthalten: Heilmittel, Diagnose (ICD-10-Code), Leitsymptomatik sofern sich diese nicht aus der Diagnose ergibt (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art der Verordnung, Menge, Therapiezeit (bei manueller Lymphdrainage und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie), vollständiger Indikationsschlüssel, Frequenz (bei Ernährungstherapie nicht zwingend erforderlich), medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (bei physikalischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie), ggf. Hausbesuch, ggf. Gruppentherapie, Eingangsdiagnostik gem. Verordnungsvordruck (im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und ggf. späterster Behandlungsbeginn.

Wenn die Verordnung nicht den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie entspricht, ist diese spätestens vor der Abrechnung mit dem verordnenden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt abzustimmen. Der Vertragsarzt/Vertragszahnarzt hat die Möglichkeit, die Verordnung nach Maßgabe der entsprechenden Heilmittel-Richtlinie mit Stempel und erneuter Unterschrift usw. zu ändern oder einen Bestätigungsvermerk mit erneuter Unterschrift auf der Vorderseite anzubringen, der zum Ausdruck bringt, dass die Verordnung in dieser Form ärztlicherseits gewünscht wird. Dies ist auch auf dem Faxweg oder per E-Mail mit gescannter Heilmittelverordnung zwischen Vertragsarzt/Vertragszahnarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax bzw. E-Mail muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen. Davon unberührt bleiben die Regelungen nach Absatz 3 und 5. Diese können nach Rücksprache mit dem Arzt vorgenommen werden.

- (3) Sofern der Vertragsarzt/Vertragszahnarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen (physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie) bzw. 28 Kalendertagen (Podologie und Ernährungstherapie) nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der vom verordnenden Arzt/Zahnarzt auf der Verordnung angegebenen „späteste Behandlungsbeginn“ darf nicht vor dem Verordnungsdatum liegen.

Hat der verordnende Vertragsarzt/Vertragszahnarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt/Vertragszahnarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen (Rückseite des Verordnungsblattes links unten).

- (4) In den Bereichen Physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie kann in begründeten Ausnahmefällen auf vertragsärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Danach gilt die vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge. Eine Doppelbehandlung ist die Abgabe des verordneten Heilmittels an einem Tag unmittelbar zweimal nacheinander. Dies gilt auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

In der Ernährungstherapie verordnet der Arzt gemäß § 42 Abs. 2 HM-RL in Einheiten von 30 Minuten. Hieraus ergibt sich das maximale Zeitkontingent je Verordnung. Dieses Zeitkontingent teilt der Therapeut im Therapieplan symptom- und bedarfsorientiert auf. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Behandlungseinheiten pro Tag erbracht werden, dies muss nicht zwingend zusammenhängend erfolgen. Wenn mehr als einmal täglich Behandlungseinheiten in Form eines Hausbesuches erbracht werden, ist dies auf der Rückseite der Verordnung mit Angabe der Uhrzeit zu kennzeichnen. Im Hinblick auf eine symptom- und bedarfsorientierte Versorgung der Versicherten erfolgt die Leistungserbringung und –abrechnung in 15 oder 30-Minuten-Einheiten.

- (5) In den Bereichen Physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und Podologie ist eine Abweichung von der vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt/Vertragszahnarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck (Rückseite der Verordnung links unten) zu dokumentieren.

In der Ernährungstherapie erfolgt die Festlegung der Frequenz und Dauer der Behandlungseinheiten symptom- und bedarfsorientiert durch den Therapeuten und in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Verordner/ Verordnerin.

- (6) Der Zugelassene hat für jeden Anspruchsberechtigten Verlaufsdokumentationen (entsprechend der Rahmenempfehlungen) zu führen, aus denen sich der Name des Versicherten, der Tag der Leistungserbringung, die im einzelnen erbrachten Leistungen, der Therapeut und der Therapieort ergibt. Die Unterlagen sind gemäß den gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
- (7) Eine teilweise private Ausführung der ärztlichen/zahnärztlichen Verordnung ist nicht zulässig.

- (8) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist bei der Leistungsabgabe zu beachten. In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
- (9) An den Versicherten dürfen nur die ärztlich/zahnärztlich 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 Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
- (10) Die Einrichtung darf den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
- (11) Die notwendige Bestätigung über den Erhalt der Leistung auf dem Verordnungsblatt kann durch eine betreuende Person erfolgen, wenn der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk ist zwingend auf der Verordnung anzubringen. Verordnungen von Versicherten, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind vom Erziehungsberechtigten bzw. der betreuenden Person zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte bzw. betreuende Personen von Kindern in o.g. Alter bestätigen grds. am Ende der Behandlungsserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.
- (12) Die vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (13) Die empfangene Maßnahme ist vom Therapeuten auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

In der Ernährungstherapie müssen die Leistungen „Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen“ sowie die „notwendige Abstimmung mit einer dritten Partei“ vom Versicherten nicht gesondert bestätigt werden.

- (14) Hausbesuche sind nach ärztlicher Verordnung grundsätzlich durchzuführen, sofern es sich bei der Einrichtung um den nächstgelegenen Behandler handelt. Sie finden in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt.

In der Ernährungstherapie kann die Beratung (Position 65005) bis zu 4 x je Kalenderjahr auch ohne ärztliche Verordnung im häuslichen oder sozialen Umfeld stattfinden (Details siehe Anlage 2f).

- (15) Alle verordneten Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen bevor mit einer später ausgestellten, identischen Verordnung begonnen wird. Es ist unzulässig, bei gleicher Diagnose und Leitsymptomatik die Leistung von zwei Verordnungen - auch von verschiedenen Ärzten/Zahnärzten ausgestellt - zeitgleich zu erbringen und abzurechnen.
- (16) Verordnungen für Personen aus Staaten des EWR und der Schweiz (EWR/CH) sind von der Genehmigung befreit. Alle anderen Leistungen für betreute Personenkreise (SVA – Abkommensrecht) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen. Nach erfolgter Leistungserbringung beantragte Genehmigungen können nicht akzeptiert werden.

- (17) In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkassen nicht möglich.
- (18) Ergibt sich aus der Befunderhebung oder bei der Durchführung der Behandlung durch den Therapeuten, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder die Erreichung des vom verordnendem Vertragsarzt/Vertragszahnarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (19) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
Sofern der behandelnde Vertragsarzt/Vertragszahnarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Therapeut die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (20) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

§ 6

Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V

Leistungen im Rahmen des § 23 Abs. 2 SGB V dürfen erst nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse in anerkannten Kurorten abgegeben und unter Vorlage der Genehmigungsunterlagen (die inhaltlichen Angaben der Genehmigung insbesondere hinsichtlich des Gültigkeitszeitraumes der Kostenübernahmeerklärung, der Dauer der bewilligten Maßnahme und des Kurortes sind zu beachten) abgerechnet werden. Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht übertragbar.

§ 7

Wahl des Behandlers

- (1) Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Behandler in Anspruch genommen, so werden ggf. entstehende Mehrkosten der Hausbesuche von der Krankenkasse nicht getragen.
- (2) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Werbemaßnahmen der Einrichtung dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen. Eine Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Therapeuten beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

§ 8

Vergütungsinhalt

- (1) Für die Vergütung der zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Heilmittel gelten die Abrechnungskriterien Anlagen 2a bis 2f bzw. für die landwirtschaftliche Krankenkasse die Anlagen 3a bis 3f. Auf die mit den jeweiligen Berufsverbänden vereinbarten Preislisten wird ein Abschlag von 5 % erhoben. Die Leistungen der physikalischen Therapie sind nach Anlage 2a bzw. 3a, die kurortspezifischen Leistungen im Rahmen bewilligter ambulanter Vorsorgeleistungen nach Anlage 2b bzw. 3b, die Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nach Anlage 2c bzw. 3c, die Leistungen der Ergotherapie nach Anlage 2d bzw. 3d, die Leistungen der Podologie nach Anlage 2e bzw. 3e und die Leistungen der Ernährungstherapie nach Anlage 2f bzw. 3f abzurechnen, soweit die Einrichtung hierfür zugelassen ist. Mit den Preisen sind auch die sächlichen Leistungen abgegolten.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des Kostenanteils des Versicherten (§ 32 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V oder § 7 Abs. 1 Satz 3 Rahmenvertrag) Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden. Es ist Aufgabe des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzahlung einzubehalten und von der Rechnung abzusetzen (vgl. § 43 c SGB V). Für ergotherapeutische temporäre Schienen, die im Rahmen einer ambulanten ergotherapeutischen Behandlung verordnet, abgegeben und abgerechnet werden ist vom Versicherten kein Eigenanteil zu leisten. Weitere Ausnahmen sind in der jeweiligen Preisvereinbarung gekennzeichnet.

§ 9

Abrechnung

- (1) Die Abrechnung kann nur einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen als Sammelrechnung erfolgen. Es können nur beendete Verordnungen abgerechnet werden. Die Sammelrechnung ist bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Belegannahmestellen einzureichen. Verordnungen mit Behandlungen über den Jahreswechsel sind in einer Sammelrechnung abzurechnen. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden; ggf. (z. B. bei Trägerwechsel) sind für eine Verordnung zwei Abrechnungen zu erstellen. Die zweite Abrechnung erfolgt mittels Verordnungskopie, wobei die Rechnungsnummer mit der die Originalverordnung eingereicht wurde gut erkennbar anzubringen ist. Die Abrechnung erfolgt über das Kostenträger-IK der jeweiligen Krankenkasse.
- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifikennzeichen) zu verwenden. Der vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel und ICD-10-Code ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.
- (3) Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden. Werden Leistungen im Rahmen einer ambulanten Krankenbehandlung erbracht, so ist an der ersten Stelle die Ziffer 6, bei Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V an der ersten Stelle die Ziffer 8 zu verwenden.
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer auf dem Vordruck, der für die Krankenkasse bestimmt ist, in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen.

- (5) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Empfangsbestätigung nach Abschluss der Behandlung. Es werden nur vom Arzt vollständig ausgefüllte Verordnungen angenommen bzw. abgerechnet. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalrezepte durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse behält sich vor, bei schwerwiegenden Fehlern diese Verordnungen einzubehalten.
- (6) Für jede zugelassene Praxis ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die Abrechnung zu verwenden. Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Bei zulassungsrelevanten Änderungen wie z.B. Inhaberwechsel kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskennzeichen erfolgen.
- (7) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen des Leistungserbringers sind nur bis zu 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung möglich.
- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von vier Wochen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen ggf. Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand).

Das Zahlungsziel ist erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde. Bei Ausbleiben der Zahlung bei den Leistungserbringern verpflichtet sich die betroffene Krankenkasse die fristgerechte Zahlung nachzuweisen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Nach § 45 SGB I gilt eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde.

- (9) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Einrichtung ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (10) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkassen zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung mit angemessener Fristsetzung nach Ablauf der Behandlungsserie durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten lässt sich der Leistungserbringer den Befreiungsbescheid der Krankenkasse vom Versicherten vorlegen. Die Leistungserbringer können, mit Ausnahme des § 8 Abs. 2, keine weitergehenden Forderungen gegenüber den Versicherten erheben. Für die Zuzahlungspflicht ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend.
- (11) Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben (§ 12 Abs. 2) und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern.

- (12) Werden bei einer Verordnung verschiedene Hausbesuchspositionen in Ansatz gebracht, sind die entsprechenden Pos.-Nr. „ohne Wegegebühr“ bei den jeweiligen Behandlungstagen auf der Verordnungsrückseite zu kennzeichnen (z. B. „X“), um die korrekte Datenanlieferung sicher zu stellen.
- (13) Die Vergütung der Verordnung kann nur erfolgen, wenn diese unter Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte ausgestellt wurde.

§ 10 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden abgewiesen.
- (2) Die Leistungserbringer im Bereich Heilmittel sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat. Dieses Verfahren ist nur für Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, müssen alle lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer vollständig auszufüllen.

§ 11 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insb. EU-DSGVO, SGB X, BDSG, Landesdatenschutzgesetze, BayKrG) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU- DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

- (4) Die Daten dürfen im gesetzlich zulässigen Rahmen nur für die im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 12

Beendigung und Widerruf der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen endet:

- 1. Mit der Schließung des Krankenhauses.
- 2. Mit dem Übergang des Krankenhauses auf einen neuen Betreiber.
- 3. Mit dem Zeitpunkt, an dem die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 Abs. 2 SGB V nicht mehr vorliegen.
- 4. Mit dem Wirksamwerden eines Widerrufs nach § 124 Abs. 6 SGB V.

§ 13

Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Einrichtungen haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, der zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern haben das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Einrichtung durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die Vertragsparteien sollen sich in diesen Fällen gegenseitig verständigen. Dieses Recht erstreckt sich auch auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteiakten, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.

Erfüllt eine Einrichtung die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse Zahlungen einbehalten. Sie kann ferner Verwarnungen aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zu 50.000,- Euro festsetzen. Schwerwiegende und / oder wiederholte Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig hiervon ist der Schaden zu ersetzen.

- (3) Die übrigen Bestimmungen der jeweiligen Rahmenempfehlungen zu Vertragsverstößen /Regressverfahren in der jeweils gültigen Fassung behalten Gültigkeit.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag, tritt mit Wirkung vom 01.01.2018 in Kraft. Er gilt für alle zugelassenen Einrichtungen.
- (2) Er kann auch von einzelnen Vertragspartnern mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Quartals, frühestens jedoch zum 31.12.2018 durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Kündigung eines Krankenkassenverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Rahmenvertrages für die übrigen Krankenkassenverbände in Bayern. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verliert der zwischen den Vertragspartnern geschlossene Rahmenvertrag vom 01.06.2016 seine Gültigkeit. Mit in Kraft treten des neuen Rahmenvertrages und/oder der Preisvereinbarung sind alle bisherigen Absprachen (z. B. Gesprächsprotokolle, Aktenvermerke etc.) hinfällig.
- (4) Die Vergütungsvereinbarungen (Anlagen 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f) werden zum 01.01. des jeweiligen Jahres, erstmalig zum 01.01.2018, an die jeweils gültige Preisvereinbarung der Regionalkassen mit den Heilmittelerbringern mit einem Abschlag von 5% angepasst, soweit nicht seitens eines Vertragspartners nach § 13 Abs. 2 gekündigt wird.

§ 15

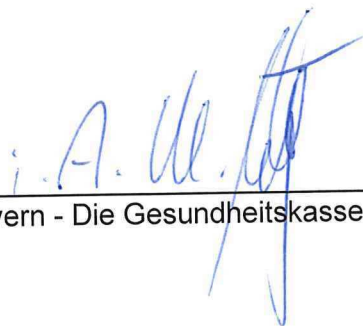
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung sowie Richtlinien und Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

München, den 18.04.2018



Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.



AOK Bayern - Die Gesundheitskasse



BKK Landesverband Bayern



KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion München -



Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG)



IKK classic