

V e r t r a g

zwischen

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

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

(im folgenden Berufsverbände genannt)

- einerseits -

und

den Ersatzkassen

- **BARMER GEK**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **DAK-Gesundheit**
- **KKH-Allianz (Ersatzkasse)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

(im Folgenden vdek genannt)

- andererseits -

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Der Vertrag regelt:
 - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Mitgliedskassen des vdek mit Leistungen der Podologie gemäß § 32 Abs. 1 SGB V;
 - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.
2. Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 – 5
 - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1),
 - b) Einrichtungsrichtlinien (Anlage 2),
 - c) Vergütungslisten (Anlagen 3 a und 3 b),
 - d) Fortbildung (Anlage 4),
 - e) Notwendige Angaben auf Podologischen Verordnungen (Anlage 5)
3. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V.
4. Die Bestimmungen dieses Vertrages auf der Basis der Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und deren gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern zu beachten und anzuwenden. Die Leistungen nach diesem Vertrag können nur von Leistungserbringern, die die Voraussetzungen nach § 1 PodG erfüllen, erbracht werden.

§ 2 Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganzjährig in der Praxis/Einrichtung zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
2. Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeselterngeld- und Elternteilzeitgesetz oder entsprechenden ergänzenden Regelungen in einzelnen Bundesländern in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) SGB V erfüllen. Die zuständige Landesvertretung des vdek (im folgenden LV genannt) ist über die Vertretung und den voraussichtlichen

Zeitraum zuvor schriftlich zu informieren; die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die LV beizufügen.

3. Vertretungen über die in Ziffer 2 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung des vdek. Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im Voraus schriftlich bei der LV zu beantragen. Der Zugelassene hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
4. Der Zugelassene haftet im gesetzlichen Rahmen für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziff. 2 und 3 in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
5. Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, der LV innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.
6. Der Zugelassene hat die Praxisräume bzw. -flächen gemäß den Einrichtungsrichtlinien (Anlage 2) in der jeweiligen bei Antragstellung geltenden Fassung nachzuweisen und für die Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen bereit zu halten.
7. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und dessen Mitarbeitern zu beachten.
8. Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

§ 3 Wahl des Heilmittelerbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die Ersatzkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage schriftlich oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Zugelassenen bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbeengesetz verstößt, ist nicht zulässig.

§ 4 Leistungserbringung

1. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.
2. Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern durchführen. Der Zugelassene ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen bzw. durch Mitarbeiter sicherzustellen, sofern er der nächstgelegene Zugelassene ist.
3. Ist der Zugelassene eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, obliegt die Verantwortung dem in der Zulassungsbestätigung benannten verantwortlichen fachlichen Leiter. Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 2 gelten entsprechend.
4. Von angestellten Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn
 - a) diese qualifizierte Therapeuten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) sind;
 - b) für jeden gleichzeitig in der Einrichtung tätigen Mitarbeiter die in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V genannten Behandlungsräume bzw. Behandlungsflächen vorhanden sind.
5. Von freien Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese zusätzlich zu den in § 4 Abs. 4 genannten Anforderungen die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummern 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
6. Als Mitarbeiter gelten auch Personen, die im Rahmen der praktischen Ausbildung im Sinne des § 3 Podologengesetzes (PodG) in der jeweils aktuellen Fassung tätig werden.
7. Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
8. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem gemäß § 70 SGB V 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 Umfang in Anspruch genommen werden.

9. Der Zugelassene/fachliche Leiter, seine freien Mitarbeiter und angestellten Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der LV innerhalb eines Monats zu erbringen.

§ 5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Der vdek ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die Prüfung im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Ankündigung durch die Ersatzkassen. Die Ankündigung soll möglichst einen Monat, sie muss jedoch spätestens 14 Tage vor der Prüfung erfolgen. Mit Zustimmung des Leistungserbringers kann von Satz 3 abgewichen werden. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Die Vertreter der Ersatzkassen haben sich auszuweisen. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Der Umfang und das Ergebnis der Prüfung sind in einem Bericht festzuhalten. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen; die Mitteilung soll innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Prüfung dem Leistungserbringer zugehen. Die Mitteilung ist vom Leistungserbringer bis zu nächsten Prüfung aufzubewahren.

Strukturqualität

3. Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, auf Grund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapieschehen.

Prozessqualität

4. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
5. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - Anwendung des verordneten Heilmittels
 - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. Anlage 1)
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Anlage 1 Ziffer 8.
6. Der Heilmittelerbringer sollte entsprechend den therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - sich z. B. an Case-Managements und DMP-Programmen und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten im Interesse einer effektiven und effizienten podologischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fort zu schreiben. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachten therapeutischen Leistungen, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten (z. B. Abweichen von der Regelbehandlungszeit) bei der Behandlungsdurchführung.

Ergebnisqualität

8. Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

§ 6

Verordnung/Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen (Anlage 1) dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt (Verordnungsmuster 13) nach der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V verordnet sind.
2. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die LV erteilt ist.
3. Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser

Leistung ist der Zugelassene dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet.

4. a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, soll die Behandlung innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraums begonnen werden. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des 1. Blattes der Verordnung – Muster 13).
- b) Für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne des § 6 Abs. 4 a) besteht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch.
5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
6. Die empfangenen Maßnahmen sind am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig. Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V sind vom Zugelassenen einzuziehen.

§ 7

Kooperation zwischen Therapeut und Arzt

1. Der Zugelassene und seine Mitarbeiter kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
2. Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

3. Bei der Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
- Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Vertragsarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des 1. Blattes der Verordnung – Muster 13).
 - Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine Änderung der Verordnung durch den Vertragsarzt erforderlich.
 - Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
4. Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
- Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer 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 anzugeben, sofern der Heilmittelerbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
5. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen.
6. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.

§ 8 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation nach Anlage 1 Ziffer 8 ist für 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 10).

§ 9 Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der vereinbarten Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlage 3 a und 3 b) in der jeweils geltenden Fassung. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V gefordert und angenommen werden.
2. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
3. Ist weder das Feld "Gebühr frei" noch das Feld "Gebühr pflicht" auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Ersatzkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld "Gebühr frei" nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld "Gebühr pflicht" angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld "Gebühr frei" anzukreuzen und gegebenenfalls das Feld "Gebühr pflicht" zu korrigieren.

§ 10 Datenschutz

1. Der Heilmittelerbringer 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 und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Heilmittelerbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
2. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB v sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 11 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Zugelassene verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der LV bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Ersatzkassen anzugeben ist.

Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Ersatzkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 12 Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund 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 von den Ersatzkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1, Buchstaben a) (Abrechnungsdaten) und e) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Richtlinien im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.

2. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Abteilung Informatik, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu Zugelassenen zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen (Ausnahme: Technische Anlage – 2 Formulare). In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen

nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Zugelassene kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Zugelassenen ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten bzw. einwandfrei ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Heilmittelerbringer ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Belegzettelt gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

6. Der Zugelassene trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:

- IK des Zugelassenen,
- 5-stellige Heilmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.

7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 32 Abs. 2 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die einzelne Leistung. Die von den

Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

8. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen i.S.d. Abs. 6,
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Zugelassenen – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Zugelassenen vor.

10. Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Erfolgt die Abrechnung nicht auf maschinellen Datenträgern gemäß Technischer Anlage 1 nach Abs. 1, sondern auf standardisierten Abrechnungsformularen nach Anlage 2 der Richtlinien, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Abrechnungsformulare und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse von den standardisierten Abrechnungsformularen in maschinell verwertbare Datensätze umgewandelt werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen bzw. Datenträgern dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

11. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die LV unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der LV ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss der Zugelassene dies der LV unverzüglich mitteilen.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 10 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der LV vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 13 Vertragspartnerschaft

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. 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.

§ 14 Vertragsausschuss

1. Zur Klärung von gravierenden Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sowie zur Klärung von

Vertragsverstößen im Sinne des § 15 kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern des vdek einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 15 Vertragsverstöße/Regressverfahren

1. Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der vdek schriftlich verwarnen; der vdek setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Heilmittelerbringer fest.
2. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der vdek im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 14) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungsentzug. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- Aufnahme von Leistungen durch Personen, die nicht die Voraussetzungen gemäß PodG erfüllen, in die eigene Abrechnung
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 10),
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 16 Inkrafttreten

1. Dieser Vertrag tritt am 01.05.2012 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.
2. Für die Kündigung der Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlagen 3 a und 3 b) gelten die jeweils vereinbarten Fristen.
3. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsregelungen (Anlagen 3 a und 3 b) nicht berührt.
4. Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, sofern sie den Inhalt und die Leistungsbeschreibung

dieses Vertrages betreffen und somit vertragsrelevant sind, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen 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.

Reutlingen, Recklinghausen, Berlin den

Verband Deutscher Podologen
(VDP) e. V.

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

Verband der Ersatzkassen (vdek)
Vorsitzender des Vorstandes

Anlage 1 zum Vertrag vom 01.05.2010

zwischen

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

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

und

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit

KKH-Allianz (Ersatzkasse)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

(im Folgenden vdek genannt)

LEISTUNGSBESCHREIBUNG

Leistungsbeschreibung Podologische Therapie

1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in der Richtlinie mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Podologischen Therapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie. Dabei werden die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen benannt.

Den Maßnahmen der Podologischen Therapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet.

2. Umfang der Leistung

Die unter 10. aufgeführten Leistungen (Maßnahmen der Podologischen Therapie) umfassen:

- die Hilfeleistungen des Podologen (3.),
- das Aufstellen des individuellen Behandlungsplans (4.),
- die Durchführung der podologischen Maßnahmen (5.),
- die Regelbehandlungszeit (6.),
- die Hygienemaßnahmen (7.),
- die Verlaufsdokumentation einschließlich der Mitteilung an den verordnenden Arzt (8.) sowie
- die Beratung des Patienten bzw. seiner Bezugspersonen (9).

3. Hilfeleistungen des Podologen

Zur jeweiligen Maßnahme zählt die ggf. erforderliche Hilfe

- beim An- und Ausziehen der Fußbekleidung,
- bei der Platzierung des Patienten sowie
- beim Fußbad.

4. Individueller Behandlungsplan

Zum Inhalt der Maßnahme der Podologie gehört die podologische Fußuntersuchung und das Aufstellen des individuellen Behandlungsplanes zu Beginn der Behandlung. Dieser muss die ärztliche Verordnung mit Angabe der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik) und des Therapiezieles berücksichtigen.

5. Behandlungsdurchführung

Auf der Grundlage des podologischen Behandlungsplans wird die jeweilige podologische Maßnahme durchgeführt. Dabei ist der aktuelle Befund des Patienten insbesondere zur Auswahl der geeigneten Behandlungstechnik sowie zur Bestimmung der Dauer, Intensität und des Umfangs der Behandlung zu berücksichtigen. Bei jeder Behandlung ist eine Kontrolle der Schuhe und ggf. der Einlagen erforderlich. Bei Auffälligkeiten sind im Rahmen der Mitteilung an den verordneten Arzt ggf. Hinweise zur orthopädietechnischen Versorgung (z. B. Einlagen, orthopädische Zurichtungen) zu geben.

6. Regelbehandlungszeit

Die Zeitangaben zur Dauer der jeweiligen Maßnahmen sind Richtwerte und beziehen sich auf die Durchführung der Therapiemaßnahme mit dem Patienten sowie die anderen unter Pkt. 2 und 10. genannten Leistungen einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Dabei darf die Behandlungsdauer mit dem Patienten die Mindestdauer des Richtwertes nur aus medizinischen Gründen unterschreiten.

7. Hygienemaßnahmen

Vor und nach jeder Behandlung erfolgt eine Desinfektion des Fußes/der Füße.

Nach jeder Behandlung ist der Arbeitsplatz, sowie das Instrumentarium gemäß der gültigen Hygienerichtlinien der jeweiligen Länder zu reinigen, zu desinfizieren und ggf. zu sterilisieren.

8. Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt

Entsprechend § 14 Abs. 4 der Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten podologischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation durchgeführt. Sie erfolgt je Therapieeinheit und umfasst die im einzelnen erbrachte Leistung, ggf. Besonderheiten bei der Durchführung und Reaktion des Patienten (z. B. Allergien, Unverträglichkeit von Medikamenten) sowie Angaben über verwendetes Material. Am Ende der Behandlungsserie erstellt der Therapeut gemäß § 17 Abs. 6 der Empfehlungen die Mitteilung an den verordnenden Arzt.

9. Beratung

Die Information, Beratung und Schulung des Patienten und/oder seiner Bezugsperson(en) über die Ziele, die Wirkungen und den Behandlungsverlauf der Podologischen Therapie wie auch die podologische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten sind unverzichtbare Bestandteile der podologischen Behandlung. Zur podologischen Therapie gehören auch die Unterweisung in der sachgerechten eigenständigen Durchführung der Fuß-, Haut- und Nagelpflege sowie die Vermittlung von Verhaltensmaßregeln, um Fußverletzungen und Folgeschäden zu vermeiden.

10. Maßnahmen der Podologischen Therapie

78001 Hornhautabtragung (beider Füße)

78004 Hornhautabtragung (eines Fußes)

Definition

Abtragen bzw. ausdünnen krankhaft verdickter Hornhaut zur Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie z. B. Fissuren, Ulzera und Entzündungen durch spezifische Techniken, insbesondere durch maschinelle und manuelle Bearbeitung der Haut unter Schonung der Papillenschicht.

Indikationen:

Funktionsstörungen/ Schädigungen	Diagnosen
Bei schmerzloser und/oder schmerzhafter Hyperkeratose z. B. - Schwielen, - Clavus	Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und / oder Angiopathie Im Stadium Wagner 0

Therapeutische Wirkungen und Ziele

Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie

- Fissuren,
- Ulzera und
- Entzündungen

mit entsprechenden Krankheitsfolgeschäden beim diabetischen Fußsyndrom.

Leistung

Zur Leistung zählen u. a.

- 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),
- Elastizierung der Haut ggf. auch unter Anwendung von Pflegemitteln sowie
- ggf. Druck- und/oder Reibungsschutz an den gefährdeten Stellen.

Leistungsumfang:

- Bearbeitung eines Fußes
- Bearbeitung beider Füße

Regelbehandlungszeit:

Richtwert: 20 – 30 Minuten (Behandlung beider Füße)

Richtwert: 10 – 20 Minuten (Behandlung eines Fußes)

78002 Nagelbearbeitung (beider Füße)

78005 Nagelbearbeitung (eines Fußes)

Definition

Manuelle und/oder maschinelle Nagelbearbeitung zur verletzungsfreien Beseitigung abnormer Nagelbildungen zur Vermeidung von drohenden Schäden an Nagelbett und Nagelwall durch spezifische Techniken, insbesondere wie Schneiden, Schleifen und/oder Fräsen.

Indikationen:

Funktionsstörungen/ Schädigungen	Diagnosen
Pathologisches Nagelwachstum - Verdickung - Tendenz zum Einwachsen z. B. - Onychochauxis (Nagelplattenver- dickung), - Onychogryposis (Krallennagel), - Nageldystrophie, - Nagelfalzverhornung, - Drohender Unguis incarnatus	Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und / oder Angiopathie im Stadium Wagner 0

Therapeutische Wirkungen und Ziele

Vermeidung von drohenden Nagelwall- und Nagelbettschädigungen wie

- Verletzungen,
- Ulzera und
- Entzündungen

mit entsprechenden Krankheitsfolgeschäden beim diabetischen Fußsyndrom.

Leistung

Zur Leistung zählen u. a.:

- ggf. Fußbad (max. 35 Grad),
- manuelles und/oder maschinelles Kürzen der Nägel, ggf. Abtragung der Nagelfalzverhornung,

- verletzungsfreies Entfernen der vom Einwachsen bedrohten Nagelteile,
- Ausdünnen der verdickten Nagelplatte,
- ggf. erforderliche Schutzmaßnahmen (Tamponaden, Protektoren).

Leistungsumfang:

Bearbeitung eines Fußes
 Bearbeitung beider Füße

Regelbehandlungszeit:

Richtwert: 20 – 25 Minuten (Behandlung beider Füße)

Richtwert: 10 – 20 Minuten (Behandlung eines Fußes)

**78003 Podologische Komplexbehandlung
 Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung (beider Füße)**

**78006 Podologische Komplexbehandlung
 Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung (eines Fußes)**

Definition

Soweit der Arzt sowohl die Hornhautabtragung als auch die Nagelbearbeitung gleichzeitig verordnet, wird eine Komplexbehandlung durchgeführt.

Indikationen

Therapeutische Wirkungen und Ziele

Leistung

Vgl. Ausführungen zu den Positionen Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung.

Leistungsumfang:

- Bearbeitung eines Fußes
- Bearbeitung beider Füße

Regelbehandlungszeit:

Richtwert: 40 – 50 Minuten (Behandlung beider Füße)

Richtwert: 20 – 30 Minuten (Behandlung eines Fußes)

Anlage 2 zum Vertrag vom 01.05.2012

zwischen

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

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

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

(im Folgenden vdek genannt)

EINRICHTUNGSRICHTLINIEN

Praxisausstattung

1. Allgemeine Anforderungen

- 1.1 Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.
- 1.2 Die Praxis muss in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt sein.
- 1.3 Die Praxis soll behindertengerecht zugänglich sein, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.
- 1.4 Ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten
- 1.5 Toilette, Handwaschbecken und Möglichkeit zur Fußwaschung
- 1.6 Verbandskasten für erste Hilfe
- 1.7 Patientendokumentation
- 1.8 Sicherstellung der Sterilisation der Instrumentensätze durch einen Dampfsterilisateur (Autoclav)

2. Räumliche Mindestvoraussetzungen

- 2.1 Für eine podologische Praxis ist eine Nutzfläche von mindestens 25 qm nachzuweisen.
- 2.2 Die Praxis muss einen Behandlungstrakt mit mindestens einem Behandlungsraum (einer Kabine) umfassen. Die Größe des einzelnen Behandlungsraums (einer Kabine) muss eine ordnungsgemäße Behandlung am Patienten gewährleisten; sie darf 7 qm nicht unterschreiten. Der Behandlungsraum (die Kabine) muss aus festen Wänden bestehen, so dass kein Einblick von außen möglich ist.
- 2.3 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Behandlungsraum (Kabine) von mindestens 7 qm erforderlich.
- 2.4 Die Raumhöhe der Mindestnutzfläche muss durchgehend mindestens 2,40 m – lichte Höhe – betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar sein.
- 2.5 Trittsichere, fugenarme, leicht aufzuwischende und desinfizierbare Fußböden im Behandlungstrakt

- 2.6 In den Behandlungsräumen glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände
- 2.7 Handwaschbecken für den Behandler mit fließend kaltem und warmem Wasser sowie mit Hautdesinfektionsmittelspender im Behandlungstrakt
- 2.8 Schrank zur Aufbewahrung der erforderlichen Materialien
- 2.9 Einmalhandschuhe und Mundschutz in ausreichender Zahl
- 2.10 Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage in den Behandlungsräumen (Kabinen)
- 2.11 Behandlungsausstattung für den Hausbesuch
- 2.12 Hygienebereich: Sammelplatz getrennt von Kabinen und Wartebereich für im Zusammenhang mit der Therapie entstandenen Abfall und zur Aufbereitung gebräuchter Instrumente

3. Grundausrüstung (Pflichtausstattung) je Kabine

- 3.1 Fräsgerät mit Staubabsaugung oder Nasstechnik
- 3.2 Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen
- 3.3 Leuchte mit Lupe
- 3.4 Behälter jeweils für Tupfer, Tamponade
- 3.5 5 Instrumentensätze bestehend mindestens aus Zange, Schere, Skalpell, Pinzette und Sondierinstrument
- 3.6 Je ein Satz Schleif- und Fräskörper, sterilisierbar
- 3.7 Entsorgungsbehälter

4. Hygieneanforderungen

- 4.1 Einhaltung der jeweils gültigen Hygieneanforderungen der Länder
- 4.2 Vom gesamten Personal unterschriebener Hygieneplan, der die Maßnahmen zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt; dies gilt insbesondere bezogen auf die hygienische Händedesinfektion, die Desinfektion der Behandlungsstellen der Instrumente und des gesamten Arbeitsplatzes.

Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte müssen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, soweit sie unter die Bestimmungen dieses Gesetzes fallen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.

Anlage 3 a zum Vertrag vom 01.05.2012

Vergütungsliste für
podologische Leistungen
– Leistungsverzeichnis –
(Preisliste gem. § 125 SGB V)
gültig ab 01.05.2012
für die Bundesländer

Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg,
Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen,
Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein

Diese Liste ist vereinbart zwischen

dem Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V. und
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V. (ZFD)
– einerseits –
und den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

– andererseits –

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“	71 24 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	EURO
	Vp = Vertragspreis	Vp
78001	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 - 30 Minuten	15,15
78004	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes) *) Richtwert: 10 - 20 Minuten	9,09
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 - 25 Minuten	14,14
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes)*) Richtwert: 10 - 20 Minuten	8,08
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 - 50 Minuten	26,80
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) *) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 - 30 Minuten	15,15
79933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,09

*) Im Falle der Amputation eines Fußes kann nur die abgesenkte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Erläuterungen

- 1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- 2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- 3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v.H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept).
- 4) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 13) werden vom Zugelassenen in den Feldern „Gesamt-Brutto“ und „Gesetzliche Zuzahlung“ ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- 5) Diese Liste gilt ab 01.05.2012 Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31.12.2013, schriftlich gekündigt werden.
- 6) Die Sätze dieser Liste können auch für Leistungen berechnet werden, die vor dem 01.05.2012 begonnen und nach dem 30.04.2012 beendet werden.
- 7) Die Leistungserbringer übermitteln ausschließlich maschinelle Abrechnungsdaten an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. Es werden ausschließlich die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern in der Abrechnung verwendet. Über die Auswirkungen für die Abrechnung der Leistungserbringer informieren die Ersatzkassen mit einem Infoblatt.

Anlage 3 b zum Vertrag vom 01.05.2012

**Vergütungsliste für
podologische Leistungen
– Leistungsverzeichnis –
(Preisliste gem. § 125 SGB V)
gültig ab 01.05.2012
für die Bundesländer**

Brandenburg, Mecklenburg–Vorpommern, Sachsen, Sachsen–Anhalt, Thüringen

Diese Liste ist vereinbart zwischen

**dem Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V. und
dem Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V. (ZFD)**

– einerseits –

und den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK–Gesundheit
- KKH–Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

– andererseits –

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“	71 25 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	EURO
	Vp = Vertragspreis	Vp
78001	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 - 30 Minuten	13,20
78004	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes) *) Richtwert: 10 - 20 Minuten	8,80
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße) Richtwert: 20 - 25 Minuten	12,10
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes)*) Richtwert: 10 - 20 Minuten	7,70
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 - 50 Minuten	23,65
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) *) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 - 30 Minuten	13,20
79933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	8,80

*) Im Falle der Amputation eines Fußes kann nur die abgesenkte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Erläuterungen

- 1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- 2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- 3) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v.H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept).
- 4) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 13) werden vom Zugelassenen in den Feldern „Gesamt-Brutto“ und „Gesetzliche Zuzahlung“ ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- 5) Diese Liste gilt ab 01.05.2012. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31.12.2013, schriftlich gekündigt werden.
- 6) Die Sätze dieser Liste können auch für Leistungen berechnet werden, die vor dem 01.05.2012 begonnen und nach dem 30.04.2012 beendet werden.
- 7) Die Leistungserbringer übermitteln ausschließlich maschinelle Abrechnungsdaten an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. Es werden ausschließlich die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern in der Abrechnung verwendet. Über die Auswirkungen für die Abrechnung der Leistungserbringer informieren die Ersatzkassen mit einem Infoblatt.

Anlage 4 zum Vertrag vom 01.05.2012

zwischen

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

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

und

den Ersatzkassen

**BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
DAK-Gesundheit
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK – Hanseatische Krankenkasse
hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

(im Folgenden vdek genannt)

F O R T B I L D U N G

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung bei der podologischen Behandlung ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Podologen in Praxen nach § 124 Abs. 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden.

Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt. Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität der Behandlung mit den in der Leistungsbeschreibung vereinbarten podologischen Leistungen, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an den zugelassenen Podologen nach § 124 SGB V (Zugelassener/fachlicher Leiter, nachfolgend Zugelassener genannt) und die angestellten/freien therapeutischen Mitarbeiter (nachfolgend Mitarbeiter genannt), die podologische Leistungen nach der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auf der Grundlage einer Heilmittelverordnung erbringen.

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 48 FP in einem Zeitraum von vier Jahren (Betrachtungszeitraum). Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Nummer 4.) ist nicht möglich. Im Interesse einer kontinuierlichen Fortbildung sollten jährlich möglichst 12 Fortbildungspunkte erreicht werden. Es dürfen nicht sämtliche Fortbildungspunkte innerhalb eines Jahres erworben werden.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen bzw. den einzelnen Mitarbeiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01.08.2010. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit nach dem 01.08.2010 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit. Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber der regional zuständigen Landesvertretung des vdek bei Mutterschutz und Elternzeit sowie bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Beschäftigung/Tätigkeit/Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen. Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

5. Als Fortbildung anererkennungsfähige Veranstaltungen

Nachfolgende Veranstaltungen werden als Fortbildungen anerkannt:

1. Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 14 der Rahmenempfehlungen gemäß § 125 SGB V) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf die GKV-Leistungen im Bereich der Podologischen Therapie ausgerichtet ist (vgl. Nummer 7). Jede Veranstaltung sowie die Dozenten müssen die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Nummer 7) erfüllen. Je Fortbildungstag können max. 8 Punkte anerkannt werden.
2. Einzelne testierte Vorlesungen zum diabetischen Fußsyndrom an Hochschulen sowie Universitäten (max. 2 Punkte pro Tag, max. 4 Punkte pro Jahr).
3. Hospitation bezogen auf das diabetische Fußsyndrom in einer diabetischen Fußambulanz oder in einer Klinik (max. zwei Punkte pro Tag, max. 4 Punkte pro Jahr).
4. Vorträge zum diabetischen Fußsyndrom auf Fach-Kongressen anderer Professionen können nur einzeln mit den tatsächlichen Unterrichtseinheiten anerkannt werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen.
5. Podologiefachkongresse werden mit max 4 FP je Kongresstag bzw. max. 2 FP je halben Kongresstag anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf die GKV-Leistungen der Podologischen Therapie erfolgt und ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchgeführt wird. Es können max. 16 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Podologiefachkongressen erworben werden.
6. Referenten- oder Dozententätigkeit im Rahmen anererkennungsfähiger Veranstaltungen können als Fortbildung anerkannt werden. Bei Veranstaltungen mit inhaltsgleicher Thematik ist eine Anerkennung jedoch nur einmal innerhalb eines Betrachtungszeitraumes möglich.

6. Nicht als Fortbildung anererkennungsfähige Veranstaltungen

1. Veranstaltungen zu Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde
2. Sprache und Schrifttum
3. praxisinterne Fortbildungen
4. Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
5. Messeveranstaltungen und Ausstellungen
6. Allgemeine Persönlichkeitsschulungen

7. Selbststudium
8. Veranstaltungen der Industrie zur Produktschulung oder Werbung
9. Schulungen in der eigenen Praxis
10. Wiederholung der Fortbildung mit inhaltsgleicher Thematik innerhalb eines Betrachtungszeitraums
11. Praxisgründungsseminare
12. Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
13. E-Learning
14. IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
15. Fortbildungen zu Methoden, die gemäß den jeweils gültigen Fassung der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind.
16. Veranstaltungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und der Praxisorganisation
17. Veranstaltungen zu Abrechnungsfragen oder -Verbesserungen

7. Qualitätskriterien für Fortbildungen

7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

1. eine abgeschlossene Ausbildung als Podologe im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und danach eine mindestens vierjährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder
2. eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (z.B. Medizin, Pharmazie, Chemie, Physik, Hygiene, nichtärztlicher Heilberuf, Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik, Psychologie, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder in anderen mit podologischen Themen befassten Fachberufen und eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
3. eine wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich Podologischen Therapie oder in einem der o.g. Fachgebiete ausüben. Hierzu zählen keine Ausbildungen in Kosmetik, Altenpflege und einem ärztlichen Assistenzberuf.

7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

1. Ausgehend von der Podologischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PodAPrV) müssen sich die Fortbildungen an den Fortbildungsinhalten (vgl. Nummer 14.) und den podologischen Leistungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V unter Berücksichtigung der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 der Rahmenvereinbarung) orientieren. Die Fortbildungen sollen auf dieser Grundlage die Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten vertiefen und erweitern.
2. Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin (einschließlich Vertiefung des Basiswissens und der praktischen Fähigkeiten) bzw. aus den Fachgebieten (vgl. Nummer 7.1) mit Bezug zum Bereich der Podologischen Therapie oder
3. Vermittlung neuer und aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein fachbezogenes spezifisches Störungsbild. Dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen. Die zu vermittelnden Verfahren müssen ausreichend wissenschaftlich belegt sein.

Die Dozenten müssen die Fortbildungsinhalte schriftlich skizzieren und deren Aktualität (insbesondere durch eine aussagefähige Dokumentation oder Literaturliste) sowie mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

7.3 Träger der Fortbildung

Fortbildungen nach Nummer 5. können von jedem Veranstalter durchgeführt werden, der die personellen und organisatorischen Voraussetzungen vorhält (vgl. Nummer 7.1) und die Qualitätserfordernisse nach Nummer 7. 2 erfüllt.

8. Teilnahmebescheinigungen

Den Teilnehmern ist vom Veranstalter der Fortbildung ein Nachweis auszuhändigen, der mindestens folgende Angaben enthält:

1. Voller Name des Veranstalters,
2. Veranstaltungsort,
3. Thema der Veranstaltung,
4. Voller Name des Teilnehmers mit Geburtsdatum,
5. Datum und Dauer der Veranstaltung mit Unterrichtseinheiten,
6. Anzahl der Fortbildungspunkte,
7. Unterschrift des Veranstalters und des Dozenten (nicht bei Fachkongressen).

Mit dem Nachweis ist dem Fortbildungsteilnehmer die Fortbildungsgliederung/das Kongressprogramm auszuhändigen. Darin ist der Ablauf der Fortbildung unter Angabe der Inhalte und deren zeitlicher Umfang in Unterrichtseinheiten darzustellen.

9. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen.

Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Nummer 7.1 und 7.2) und der Fortbildungsgliederung/dem Kongressprogramm (vgl. Nummer 8.) 60 Monate aufzubewahren.

10. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Die Bögen sind vom Veranstalter auszuwerten und 60 Monate aufzubewahren.

11. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen mit den unter Nummer 8. genannten Unterlagen (Teilnahmebescheinigung sowie Fortbildungsgliederung /Kongressprogramm) gegenüber der regional zuständigen Landesvertretung des vdek nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung innerhalb eines Monats.

12. Zuordnung der Fortbildungen

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt und auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie fallen.

13. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht

Erfüllt der zugelassene Podologe und/oder angestellte und/oder freie therapeutische Mitarbeiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die regional zuständige Landesvertretung, dass der Zugelassene die Fortbildungspunkte für sich oder einen der in der Praxis tätigen Therapeuten für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die Landesvertretung eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

Vom Beginn der Frist an können die Ersatzkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 20 % des Rechnungsbetrages kürzen.

14. Fortbildungsinhalte im Bereich „Podologische Therapie“

Ausgehend von der Podologischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PodAPrV) orientieren sich die anerkennungsfähigen Fortbildungsinhalte am diabetischen Fußsyndrom und den podologischen Leistungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V unter Berücksichtigung der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 des Rahmenvertrags).

Inhalt oder Bestandteil dieser Fortbildungen können auch die aktuellen Inhalte der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V für Podologische Therapie sein. Die Fortbildungen sollen auf dieser Grundlage die Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten festigen und auch vertiefen bzw. erweitern.

Anerkennungsfähige Inhalte einer podologischen Fortbildung nach § 125 Abs. 1 SGB V

- Diabetes mellitus Grundlagen
Diabetesdefinition
Charakterisierung der beiden Diabetesformen
Häufigkeit und Bedeutung des Verlaufes bei Typ 1 und Typ 2
Kernelemente der Diabetestherapie und wesentliche Nah- und Fernziele der Therapie
Umgang mit Diabetes-Patienten
- Krankheitsfolgen des Diabetes mellitus
Angiopathie / Neuropathie / Angio-Neuropathie, vor allem in Bezug auf die Entwicklung des diabetischen Fuß-Syndroms
Dermatologie des diabetischen Fußes
- Diabetisches Fuß-Syndrom
Arten des diabetischen Fußsyndroms und Klassifikationen (z. B. Wagner, Armstrong)
Schnittstellen der ärztlichen und podologischen Behandlung

Formen der Angiopathien (Unterscheidung zwischen Mikro- und Makroangiopathie)
Funktionelle und strukturelle Schädigungen bei Angiopathien (Mikro- und Makroangiopathien)
Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren bei der Entwicklung der Angiopathieformen
Subjektive und objektive Symptome der diabetischen Angiopathien
Bedeutung der Angiopathie bei der Ausprägung des diabetischen Fuß-Syndroms (angiopathisches Fußsyndrom)

Formen der diabetischen Neuropathien
Funktionelle und strukturelle Schädigungen bei Neuropathien (motorische, sensible, sensorische, autonome Neuropathie)
Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren bei der Entwicklung der Neuropathieformen
Subjektive und objektive Symptome der diabetischen Neuropathien
Bedeutung der Neuropathie bei der Ausprägung des diabetischen Fuß-Syndroms (neuropathisches Fußsyndrom)

Hyperkeratosen (u.a. Entstehung und Behandlung)
Mal perforans (u.a. Entstehung und Behandlung, Klassifikation)
Fußnagelveränderungen (u.a. Entstehung und Behandlung)
Osteoarthropathien (u.a. Veränderung der Biomechanik, Entwicklung und Behandlung von Deformitäten, Lähmungen, Kontrakturen)

- Infizierter diabetischer Fuß
Erkennung, Erstversorgung und Therapiemaßnahmen (ärztliche und nicht-ärztliche Therapiemaßnahmen beim entzündeten diabetischen Fuß)
Art der Infektion (bakteriell/mykotisch) und ihre Besonderheiten
Maßnahmen bei Infektionen an Hornhautschwielen
Maßnahmen bei Infektionen am Mal perforans
Maßnahmen bei infizierten Fußnägeln
 - Strukturierte Podologische Befunderhebung am diabetischen Fuß
Inspektion des angezogenen und ausgezogenen diabetischen Fußes
Erkennung der pathologischen Haut-, Muskel-, Nerven- und knöchernen Veränderungen des diabetischen Fußes
Palpation des Fußes
Beurteilung der Mobilität (Gehen, Stehen)
Beurteilung des Schuhwerks, der Einlagen, Schuhzurichtungen und der Strümpfe
 - Podologische Therapiemaßnahmen am diabetischen Fuß
Podologische Therapiemaßnahmen am nicht-entzündeten diabetischen Fuß
Podologische Therapiemaßnahmen am entzündeten diabetischen Fuß (verletzungsfreie podologische Behandlung bei mykotischen bzw. bakteriellen Infekten)
Verletzungsfreie podologische Behandlung von Hyperkeratosen und Clavi, auch an Fußstümpfen nach Fußteillamputationen
Verletzungsfreie podologische Behandlung der Nägel, speziell bei drohendem Unguis incarnatus
- Arbeitshygiene beim diabetischen Fuß-Syndrom
Pflege und Wartung der Gerätschaften
Arbeitshygiene und Verhalten bei behandlungsbedingter Fußverletzung
- Standardisierte Dokumentation der Behandlungsmaßnahmen
- Vorsorgende Maßnahmen beim diabetischen Fußsyndrom
Bedeutung der vom Patienten einzuhaltenden Maßregeln (u.a. Schuhwechsel, Strumpfwechsel, Inspektion, Fußbad)
Bedeutung der Vermeidung von Fuß-Verletzungen
Pflege des nicht-ulzerierten und ulzerierten Fußes
Beratungsinhalte zur Schuh- und Einlagenversorgung

**Anlage 5 zum Vertrag vom 01.05.2012
(verbindlich für Verordnungen mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2012)**

zwischen

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

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

und

den Ersatzkassen

**BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
DAK-Gesundheit
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK – Hanseatische Krankenkasse
hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1,
10963 Berlin**

(im Folgenden vdek genannt)

NOTWENDIGE ANGABEN AUF PODOLOGISCHEN VERORDNUNGEN

1. Zielstellung

Gemäß § 91 Abs. 6 SGB V ist die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Heilmittelleistungserbringer gleichermaßen verbindlich.

Das Bundessozialgericht hat in diesem Zusammenhang mit dem Urteil vom 27.10.2009 (AZ: BZ B 1 KR 4/09 R) bestätigt, dass Heilmittelleistungserbringer zwecks Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet sind, ärztliche Verordnungen auf ihre Konsistenz im Bezug auf die HeilM-RL hin zu überprüfen.

In der Vergangenheit ist es mehrfach zu unterschiedlichen Auslegungen der HeilM-RL hinsichtlich der notwendigen Angaben auf einer Verordnung gekommen. Diese Arbeitshilfe soll einen Überblick über die bestehenden Formerfordernisse für Podologische Heilmittelverordnungen geben und zu einer einheitlichen Auslegung der HeilM-RL beitragen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder in Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

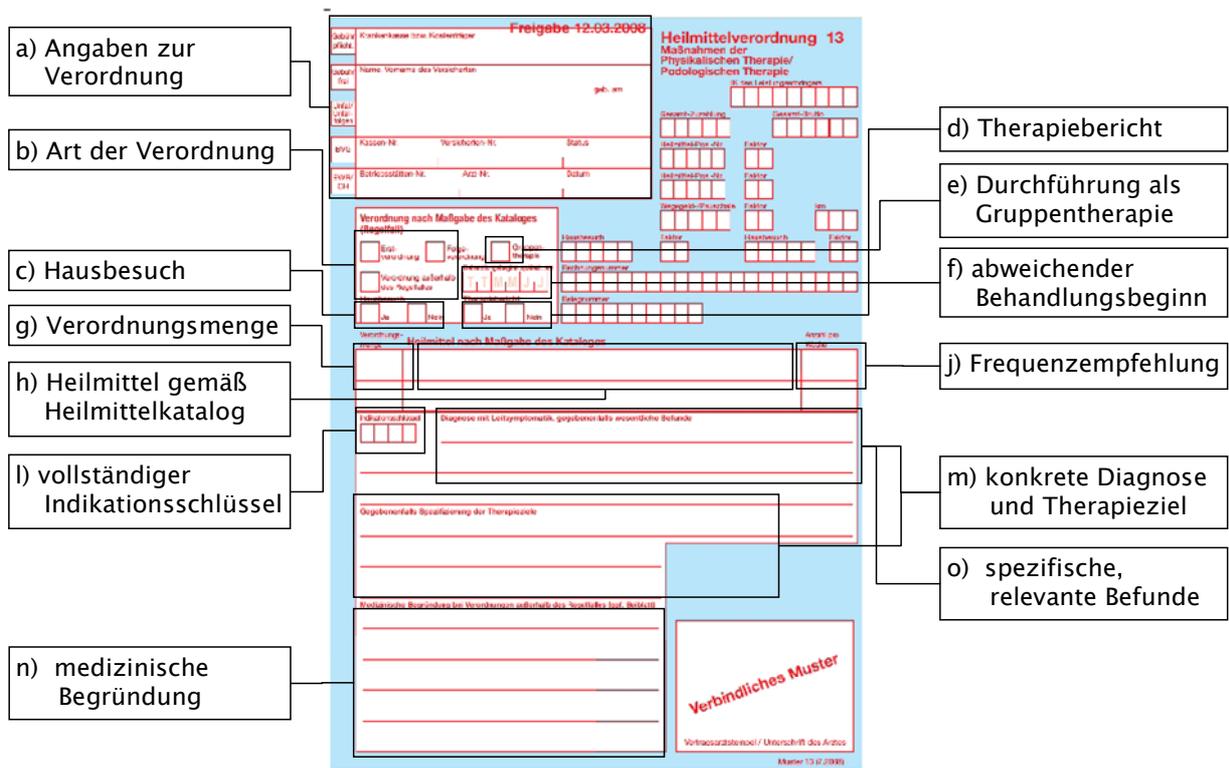
2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen nach § 13 Abs. 1 HeilM-RL ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken verordnet werden. Die Verordnungsvordrucke sind in Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) des Arzt-ERSatzkassenvertrages näher beschrieben. Für die Verordnung von Podologischen Heilmittelleistungen ist Verordnungsmuster 13 vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch den Arzt

Podologische Behandlungen dürfen nach § 16 Abs. 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn der Arzt die nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL erforderlichen Angaben auf dem Verordnungsvordruck aufgetragen und die Verordnung unterschrieben hat.

Die erforderlichen Angaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL sind im Folgenden dargestellt:



Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe: als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein

Optionale Angabe: als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein

Optionale Pflichtangabe: als optionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder sollen ausgefüllt sein, soweit Angaben fehlen beschreibt diese Arbeitshilfe das Weitere

Angaben gemäß § 13 Abs. 2 HeilM-RL und mögliche Ausprägungen:

a): Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zum Patienten, zur Krankenkasse und zum verordnenden Arzt

b): Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Charakterisiert die Verordnung als Erst- oder Folgeverordnung oder als Verordnung außerhalb des Regelfalls. Für Podologische Verordnungen ist keine Verordnung außerhalb des Regelfalles vorgesehen, da für Podologische Heilmittel keine Gesamtverordnungsmenge festgelegt ist.

c): Hausbesuch (ja oder nein)

Art der Angabe	Optionale Pflichtangabe
Erläuterung	Die Verordnung eines Hausbesuches ist nach § 11 Abs. 2 HeilM-RL nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich.

d): Therapiebericht (ja oder nein)

Art der Angabe	Optionale Pflichtangabe
Erläuterung	Der Arzt kann durch ankreuzen des Feldes „Therapiebericht“ einen Therapiebericht anfordern. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist ein Therapiebericht nicht erforderlich.

e): Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann durch entsprechende Kennzeichnung Gruppentherapie verordnen. Podologische Heilmittel können jedoch nur als Einzelbehandlung und nicht im Rahmen von Gruppentherapie erbracht werden. Das Kennzeichen „Gruppentherapie“ ist daher für die Podologie irrelevant.

f): ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 HeilM-RL notwendig

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Podologische Behandlung soll innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Ausstellungsdatum der Erstverordnung begonnen werden.

	Soweit eine Behandlung zwingend vor Ablauf dieser Frist begonnen werden soll, kann hier vom Arzt ein konkreter Zeitpunkt für den spätesten Behandlungsbeginn angegeben werden.
--	--

g): Verordnungsmenge

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Entsprechend des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) sind höchstens folgende Verordnungsmengen zulässig: Erstverordnung: bis zu 3 x je Verordnung Folgeberordnungen: bis zu 6 x je Verordnung

h): das/ die Heilmittel gemäß dem Katalog

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Der Heilmittelkatalog der HeilM-RL umfasst folgende Podologische Behandlungen: Hornhautabtragung (bei Hyperkeratose) Nagelbearbeitung (bei pathologischem Nagelwachstum) Podologische Komplexbehandlung (bei Hyperkeratose und pathologischem Nagelwachstum)

i): ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

Art der Angabe	entfällt
Erläuterung	Ergänzende Angaben zum Heilmittel sind bei der Podologischen Therapie nicht erforderlich.

j): Frequenzangabe

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Besonderheit der Podologischen Therapie: Enthält die Verordnung keine Angabe zur Frequenz, ist die 4-6 wöchige Behandlungsfrequenz des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden. Abweichende Frequenzangaben bedürfen einer ärztlichen Begründung.

k) die Therapiedauer

Art der Angabe	entfällt
Erläuterung	Eine Unterscheidung der Podologischen Leistungen anhand der Therapiedauer ist nicht vorgesehen. Die Regelbehandlungszeit von Podologischen Leistungen ist in der Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlungen abschließend beschrieben.

l): vollständiger Indikationsschlüssel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Der vollständige Indikationsschlüssel setzt sich stets aus der Diagnosegruppe (DF für Diabetisches Fußsyndrom) und Leitsymptomatik (nachfolgender Buchstabe) zusammen. Der Heilmittelkatalog umfasst folgende gültige Indikationsschlüssel:

	<p>DFa (Diabetisches Fußsyndrom mit Hyperkeratose) DFb (Diabetisches Fußsyndrom mit pathologischem Nagelwachstum) DFc (Diabetisches Fußsyndrom mit Hyperkeratose UND pathologischem Nagelwachstum)</p> <p>Eine ausformulierte bzw. ausgeschriebene Angabe der Leitsymptomatik ist nicht erforderlich, da sie sich für die Podologie bereits aus dem Indikationsschlüssel ergibt.</p> <p>Beispiele für ungültige Indikationsschlüssel: DF DF1 A</p> <p>Verordnungen ohne gültigen Indikationsschlüssel können nicht abgerechnet werden.</p>
--	---

m¹): konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

Feld	Diagnosen
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Gültige Diagnosen nach der HeilM-RL: Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und Angiopathie</p> <p>Die Art des Diabetischen Fußsyndroms (Neuropathie oder Angiopathie) muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Die Angabe eines Wagner-Stadiums ist nicht erforderlich. Soweit ein Stadium Wagner größer 0 vermerkt wird, ist auf der Verordnung klarzustellen, welche Teile des Fußes im Stadium Wagner 0 podologisch behandelt werden sollen. Fehlt diese Klarstellung, kann die Verordnung nicht ausgeführt werden.</p> <p>Unzureichende Diagnosen sind z.B.: Diabetes mellitus (Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbeurteilung der Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen eine Heilmittelanwendung notwendig ist, vgl. § 3 Abs. 5 HeilM-RL.) Diabetisches Fußsyndrom Diabetischer Fuß</p>

Feld	Therapieziel
Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der Angabe einer Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich. Soweit ein Therapieziel angegeben ist, muss dieses jedoch zur Indikationsstellung passen.</p> <p>Bei Indikation DFa (Diabetisches Fußsyndrom mit Hyperkeratose): Vermeidung von drohenden Hautschädigungen wie: 6.Fissuren 7.Ulzera und 8.Entzündungen</p> <p>Bei Indikation DFb (Diabetisches Fußsyndrom mit pathologischem Nagelwachstum): Vermeidung von drohenden Nagelwall- und Nagelbett-schädigungen wie: 9.Verletzungen und 10.Entzündungen</p> <p>Bei Indikation DFc (Diabetisches Fußsyndrom mit Hyperkeratose UND pathologischem Nagelwachstum): Siehe Therapieziele zu DFa und DFb</p>

m²): ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann, soweit für die Podologische Therapie erforderlich, ergänzende Hinweise an den Podologen übermitteln.

n) medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Art der Angabe	entfällt
Erläuterung	Dieses Feld ist für die Podologische Therapie unbeachtlich, da keine Verordnungen außerhalb des Regelfalles vorgesehen sind.

o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde, insbesondere bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann, soweit für die Podologische Therapie erforderlich, spezifische relevante Befunde an den Podologen übermitteln.