

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

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

und

dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE); Bonn

**der Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater – QUETHEB e.V.; Gerstetten- Gussenstadt**

**dem Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)
e.V.; Essen**

dem Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V.; Aachen

über

**die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung**

in der Fassung des Schiedsspruchs
nach § 125 Abs. 5 SGB V vom 10.11.2021 (6 HE 20–21),
zuletzt geändert durch die Vereinbarung vom 25.04.2022

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen	3
Präambel.....	5
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	5
§ 2 Leistungsgrundlagen.....	6
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	6
§ 4 Hausbesuche	10
§ 5 Bestätigung der Leistung	10
§ 6 Beginn der Behandlung	11
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung	12
§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen	13
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung	15
§ 9 Wahl des Leistungserbringers	16
§ 10 Datenschutz	16
§ 11 Zulassung.....	16
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis	19
§ 13 Barrierefreiheit.....	19
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung	19
§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung	21
§ 16 Vergütung	22
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens	22
§ 18 Abrechnungsregelungen	23
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren	27
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	27
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	28
§ 22 Schlussbestimmungen.....	28

Begriffsbestimmungen

Ärztin und Arzt	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die mit der fachlichen Leitung der zugelassenen Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinie	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Telemedizinische Leistungen	Telemedizinische Leistungen werden als synchrone Kommunikation zwischen Leistungserbringer und einer Patientin oder einem Patienten, im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Darüber hinaus ist die telefonische Beratung gemäß § 7a Absatz 6 Bestandteil der telemedizinischen Leistung. Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stellen keine Behandlung dar.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der HeilM-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen nach § 264 SGB V betreute Personen.

Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die Person(en) oder Personenvereinigungen nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Namenskürzel	Ist eine mindestens 2–stellige Buchstabenkombination, die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet ist.

Präambel

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV–Spitzenverband) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer der Ernährungstherapie maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, vereinbaren gemäß § 125 Absatz 1 SGB V diesen Vertrag.

Ziel ist eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten mit Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose (Cystische Fibrose–CF), welche in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht wird und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet.

Die Vertragsparteien unterstützen sich gegenseitig zur bestmöglichen Erreichung dieses gemeinsamen Zieles. Alle vereinbarten Regelungen dienen diesem Zweck und sind unter diesem Gesichtspunkt anzuwenden. Der Vertrag und dessen Anwendung basieren auf vertrauensvoller Zusammenarbeit.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen der Ernährungstherapie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.

(2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1– 7:

- a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
- b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
- c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)
- d) Fortbildung (Anlage 4)
- e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
- f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)
- g) Technische Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 2 SGB V (Anlage 7)

Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Für alle beim Inkrafttreten des Vertrages bereits zugelassenen Leistungserbringer gilt ab diesem Zeitpunkt, dass eine Anerkennung des neuen Vertrages innerhalb von 6

Monaten gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erfolgen muss. Mit der Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer zwingend zu beachten und anzuwenden.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Ernährungstherapie werden auf der Grundlage einer gültigen ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie entspricht. Die Anlage 3 dieses Vertrages konkretisiert die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinie und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe der Anlage 3 möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie.
- (3a) Die Festlegung der Frequenz und Dauer der Behandlung erfolgt symptom- und bedarfsorientiert durch den Therapeuten.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist berechtigt und verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der Ernährungstherapie entsprechend der Anlage 1 zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich

oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung.

- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer bzw. die fachliche Leitung nach § 3 Absatz 1 kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung, Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis vertreten werden. Der zugelassene Leistungserbringer hat der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Personalien der vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich mitzuteilen. Die vertretende Person muss die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in der Spezifizierung nach der Anlage 5 erfüllen und nachweisen. Wird der Zeitraum nach Satz 1 überschritten, ist unverzüglich eine neue fachliche Leitung zu benennen.
- (5) Die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, ein Namenskürzel sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2

SGB V vor dem Beginn der Tätigkeit unaufgefordert nachzuweisen. Bei Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 oder dem Ende der Tätigkeit eines Leistungserbringers ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V ebenfalls unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.

- (5a) Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern bzw. Studentinnen und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Fach- und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern und/oder Studentinnen und Studenten im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben;
 - b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student unter Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Dies betrifft die Unterstützung von einzelnen patientennahen und patientenfernen ernährungstherapeutischen Interventionen. Art und Umfang der Aufsicht der Schülerin und des Schülers oder der Studentin und des Studenten durch den zugelassenen Leistungserbringer ist von den Fähigkeiten, dem Ausbildungsstand und vom allgemeinen Eindruck der Befähigungen der Schülerin und des Schülers oder der Studentin und des Studenten abhängig zu machen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung;
 - c) der zugelassene Leistungserbringer vor Beginn der Behandlung gemeinsam mit der Schülerin oder dem Schüler oder der Studentin und dem Studenten eine Besprechung der Vorgehensweise der weiteren Behandlung durchführen muss;
 - d) der zugelassene Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlung durch die Schülerin oder den Schülern oder durch die Studentin und den Studenten das Ergebnis zu begutachten, abzunehmen und ggf. erforderliche Änderungen in den Therapieplan einfließen zu lassen hat.
- Den Schülerinnen und Schülern oder den Studentinnen und den Studenten gleichgestellt sind Personen, die im Rahmen des deutschen Anerkennungsverfahrens nach einer behördlichen Vorgabe bestimmte Teile der praktischen Ausbildung absolvieren müssen.

- (6) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Therapie einer oder eines Versicherten in Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Über den Grund ist die oder der Versicherte zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.
- (8) Es ist unzulässig, dass der zugelassene Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinie auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen Heilmittel erbringt und abrechnet.
- (9) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus die Ärztin und den Arzt in seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (10) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Anlage 1 oder in der in der Heilmittel-Richtlinie beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (11) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist oder war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung in der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers oder im Falle eines verordneten Hausbesuches in der häuslichen Umgebung der Versicherten möglich.
- (12) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 3) zu führen und kontinuierlich je

Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdocumentation ist fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der zugelassene Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung unter Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Die gesetzliche Verpflichtung zur Führung und Aufbewahrung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bleibt unberührt.

- (13) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (14) Die Vorschriften des Medizinprodukterechtes sind in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten. Zudem sind die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der zugelassene Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, in den jeweils gültigen Fassungen vom zugelassenen Leistungserbringer und seinen Leistungserbringern einzuhalten.

§ 4 Hausbesuche

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 25 Kilometern um die Praxis liegt.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erbringen, ist möglich, soweit diese organisatorisch an die Praxis des zugelassenen Leistungserbringers angebunden sind und der zugelassene Leistungserbringer in der Lage ist, die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung zu überwachen. Der Einsatz von Leistungserbringern nach Satz 1 ist nur statthaft, wenn diese die Anzahl der übrigen in der Praxis tätigen Leistungserbringer nicht übersteigt.

§ 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene Leistung, die ernährungstherapeutische Anamnese sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut und unter Angabe des Datums und

des Namenskürzels des abgebenden Leistungserbringers darzustellen und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bei Leistungen der Ernährungstherapie ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme an der oder dem Versicherten anzugeben. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.

- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer oder seine Leistungserbringer können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertretung oder Betreuungsperson übernehmen.
- (4) Verordnungen von Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind stets von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu unterzeichnen.

§ 6 Beginn der Behandlung

- (1) Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde.
- (2) Soll die Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V erfolgen, gilt § 3 Absatz 5 entsprechend.
- (3) Sofern die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, hat der zugelassene Leistungserbringer einen

Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung sicherzustellen. Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Absatz 3 der Heilm-RL hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. Ansonsten muss mit der Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach der Verordnung begonnen werden.

- (4) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Eine nachträgliche Korrektur des dringlichen Behandlungsbedarfs ist nur innerhalb der 14-Tagesfrist möglich. Das Nähere ist in der Anlage 3 geregelt.

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

- (1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen.
- (2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht, ist die Therapie zu beenden.
- (3) Bricht der zugelassene Leistungserbringer die Therapie z. B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der oder des Versicherten ab, informiert er die Ärztin und den Arzt hierüber. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (4) Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 16a HM-RL können für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden. Die Behandlung muss innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden und innerhalb von 12 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen sein. Sofern die Behandlung nicht innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Behandlungseinheiten, welche nicht innerhalb von 12 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch genommen wurden, verfallen.

- (5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose und Diagnosegruppe begonnen wird.

§ 7a Grundsätze der telemedizinischen Leistungen

- (1) Die zugelassenen Leistungserbringer können neben einer Therapie in Präsenz auch telemedizinische Leistungen anbieten.
- (2) Telemedizinische Leistungen sind durch den Leistungserbringer in den nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen abzugeben.
- (3) Die Erbringung einer Therapie als telemedizinische Leistung darf keine Voraussetzung für die Annahme der Verordnung durch den zugelassenen Leistungserbringer sein.
- (4) Telemedizinische Leistungen sind, ebenso wie Therapien in Präsenz, entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) abzugeben.
- (5) Ernährungstherapeutische Leistungen können als telemedizinische Leistungen erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Die erste ernährungstherapeutische Anamnese und mindestens der erste Termin einer ernährungstherapeutischen Intervention erfordern den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Leistungserbringer und Versicherter oder Versichertem.
- (6) Die nach § 16b Absatz 3 HeilM-RL erforderlichen Verlaufskontrollen sind Teil der Leistungen nach Anlage 1 Teil 2 Ziffer 2; insofern sollen in der Gesamtbetrachtung des zugelassenen Leistungserbringers nicht mehr als 50 % der ernährungstherapeutischen Leistungen pro Verordnung telemedizinisch erbracht werden. Hiervon können von dem verordneten Zeitkontingent max. 30 Minuten im Rahmen der telemedizinischen Leistung als telefonische Beratung mit der oder dem Versicherten durchgeführt werden.
- (7) Die Behandlung als telemedizinische Leistung kann nur im gegenseitigen Einverständnis zwischen Leistungserbringer und Versicherter oder Versichertem und nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung schriftlich

vereinbart werden. Sowohl der Leistungserbringer als auch die oder der Versicherte kann die Behandlung als telemedizinische Leistung jederzeit ablehnen. Im Falle einer Ablehnung ist die Behandlung als Präsenztherapie durchzuführen. Hat die Behandlung als telemedizinische Leistung bereits begonnen, kann sowohl der Leistungserbringer als auch die oder der Versicherte vor jeder neuen Terminvereinbarung seine Einwilligung zur Behandlung als telemedizinische Leistung widerrufen.

- (8) Die Behandlung muss jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den zugelassenen Praxisräumen des zugelassenen Leistungserbringers durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Der zugelassene Leistungserbringer soll dabei sicherstellen, dass die Behandlung durch den Leistungserbringer durchgeführt bzw. fortgeführt wird, welcher der oder dem Versicherten zuvor telemedizinische Leistungen abgegeben hat.
- (9) Der Einbezug von Bezugspersonen über telemedizinische Leistungen ist zulässig.
- (10) Bei der Durchführung der telemedizinischen Leistungserbringung ist sicherzustellen, dass beim Leistungserbringer und bei der oder dem Versicherten eine störungsfreie Umgebung gegeben ist, die einen geschützten Raum ermöglicht und damit eine angemessene Privatsphäre sicherstellt. Alle Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der telemedizinischen Leistung per Videoübertragung müssen stets eindeutig mit einem Videobild erkennbar sein.
- (11) Eine Leistung kann telemedizinisch erbracht werden, wenn der oder die Versicherte in der Lage ist, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen und in der Gesamtbetrachtung der vorliegenden funktionellen und strukturellen Schädigungen zur Durchführung und Mitwirkung an einer Therapie in telemedizinischer Form und über eine ausreichende Medienkompetenz verfügt.
- (12) Für die Abgabe der telemedizinischen Leistungen per Videoübertragung muss Software genutzt werden, die die Anforderungen nach Anlage 7 erfüllt.
- (13) Die Bestätigung der Behandlung als telemedizinische Leistung erfolgt von der oder dem Versicherten auf digitalem Weg oder per Fax nach der Behandlung (§ 5 Absätze 2 und 4 sind zu berücksichtigen). Die Bestätigung ist in der Patientenakte zu archivieren. Die Bestätigung der Leistung durch die Versicherte oder den Versicherten ist auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse an diese zu übermitteln. Auf der Rückseite der Verordnung ist

am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ vom Leistungserbringer der Begriff „telemedizinische Leistung“ oder die Kurzbezeichnung „TML“ einzutragen.“

- (14) Bei der Abrechnung von Leistungen, die in telemedizinischer Form erbracht wurden, sind die dafür in Anlage 2 aufgeführten Positionsnummern zu verwenden.

§ 8 Gesetzliche Zuzahlung

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

- (6) Heilmittel werden als Sachleistung erbracht. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 9 Wahl des Leistungserbringers

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

§ 10 Datenschutz

Der zugelassene Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG oder KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.

§ 11 Zulassung

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

Der Leistungserbringer

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

Zusätzlich zu den vorgenannten Zulassungskriterien gelten für die Ernährungstherapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie sowie der Anlage 5 weitere Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer für Ernährungstherapie.

- (2) Verfügt der zugelassene Leistungserbringer selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a. muss vor der Zulassung nachgewiesen werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen.
- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrags nach § 125 SGB V.
- (4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer oder der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat der zugelassene Leistungserbringer die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.
- (5) Die Praxis muss öffentlich zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und sollte auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Ernährungstherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein.
- (6) Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der in Absatz 5 genannten Tätigkeitsfelder angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass der oder die Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen.
- (7) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen oder vorzulegen:

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

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

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

§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Die Heilmittelpraxis soll für die Versicherten an mindestens vier Tagen je Woche und für mindestens 30 Stunden je Woche erreichbar sein.
- (2) Werden einem Leistungserbringer in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 13 Barrierefreiheit

- (1) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informieren die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und die Arbeitsgemeinschaften nach § 125 Absatz 4 SGB V dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.

§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen. Auf Wunsch des zugelassenen Leistungserbringers ist dessen Verband hinzuzuziehen.
- (1a) Die Ernährungstherapie wird gemäß § 44 Absatz 1 HeilM-RL von Ärztinnen und Ärzten verordnet, die auf die Versorgung von Versicherten mit schweren angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert sind. Dies ist in der Regel derjenige, der die krankheitsspezifische ärztliche Behandlung schwerpunktmäßig durchführt (spezialisierte Ärztin/spezialisierter Arzt). In Ausnahmefällen und in Abstimmung mit der spezialisierten Ärztin oder dem spezialisierten Arzt kann nach Maßgabe von § 44 Absatz 4 HeilM-RL Ernährungstherapie auch durch andere nicht spezialisierte Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Gemäß § 44 Absatz 7 HeilM-RL bedarf es für die Gewährleistung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität eines kontinuierlichen Informationsaustausches und einer engen zulässigen fachlichen Zusammenarbeit (vgl. § 128 SGB V) zwischen der spezialisierten Ärztin oder dem spezialisierten Arzt und dem Leistungserbringer, die über das in § 14 HeilM-RL beschriebene Maß hinausgeht. Das Nähere hierzu ist in Anlage 1 beschrieben.

- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen zugelassenen Leistungserbringern und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie,
 - b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
 - c) Durchführung der Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - d) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
 - e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13.

- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfinden soll, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihrer Kassenartenverbände bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Kalendertagen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.

- (4) Der zugelassene Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen, soweit erforderlich, insbesondere die Angaben nach § 3 Absatz 5, die Verlaufsdokumentation und andere sich aus dieser Vereinbarung ergebende Nachweise. Soweit dies zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen erforderlich ist, ist der zugelassene Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet, diese Unterlagen in der Weise zu schwärzen, dass ein Personenbezug ausgeschlossen ist. Für die Krankenkassen und ihre Kassenartenverbände gilt § 35 SGB I.

- (5) Über die Prüfung ist von der bestellten sachverständigen Person ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von etwaigen Beanstandungen aufgezeigt werden. Der Bericht ist dem zugelassenen Leistungserbringer und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband zur Verfügung zu stellen.

- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung des zugelassenen Leistungserbringers, welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 20 vor, der die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband dazu berechtigt, die in § 20 entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- (9) Jeder Leistungserbringer hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

- (1) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - a) Abstimmung des ernährungstherapeutischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung
 - c) enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt gemäß § 44 Absatz 7 HeilM-RL
 - d) fristgerechter Behandlungsbeginn
 - e) Regelleistungszeit je Therapieeinheit
 - f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - g) Therapiefrequenz
 - h) Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten

i) Durchführung von Hausbesuchen

- (3) Die Krankenkasse und deren Kassenartenverband können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einleiten.

§ 16 Vergütung

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

§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens

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

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

§ 18 Abrechnungsregelungen

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

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

- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassenen Leistungserbringer monatlich einmal für alle abgeschlossenen oder beendeten Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.
- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (6) Der zugelassene Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:
 - a) IK des Leistungserbringers (§ 17)
 - b) Rechnungs- und Belegnummer
- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.
- (8) Der in der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) zu übermitteln.

- (9) Sofern sich aus der Verordnung Besonderheiten ergeben, ist das entsprechende Kennzeichen "Verordnungsbesonderheiten" gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V (z.B. Entlassmanagement) im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (10) Sofern die Heilmittelverordnung einen oder mehrere ICD-10-Schlüssel enthält, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz zu übermitteln. Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes zu übernehmen.
- (11) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der 9 Kalendermonaten geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z.B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Die Frist nach Satz 1 gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i.S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt. Widerspricht der zugelassene Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (12) Sofern bei einer Praxisübernahme oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch die oder den Versicherten Leistungen von zwei verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Leistungsbestätigung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können

nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind Teilabrechnungen nicht möglich.

- (13) Die Bezahlung der Rechnungen ist 30 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein.
- (14) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder die von ihr beauftragte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der zugelassene Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.
- (15) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

- (16) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom zugelassenen Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

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

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen¹

- (1) Verstößt ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten („Verstoß“), so sind die betroffenen Krankenkassen nach dessen Anhörung berechtigt,
- a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
 - b) eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn der Verstoß nicht mehr andauert,
 - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen.

Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V bleiben unberührt.

- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
- a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung,
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,

¹ § 20 gilt aufgrund der Entscheidung der Schiedsstelle vom 26.04.2021 in der Fassung des Schiedsspruches (3 HE 29–20) vom 21.05.2021. Gegen den Schiedsspruch sind Klagen der maßgeblichen Spitzenorganisationen in der Ernährungstherapie anhängig, die aber keine aufschiebende Wirkung haben.

- c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - d) Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
- (3) Der Leistungserbringer ist jederzeit berechtigt, seinen Berufsverband hinzuzuziehen und diesen Erklärungen für sich abgeben zu lassen.

§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 16.10.2021 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31.10.2023, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.
- (2) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner unverzüglich zu informieren.
- (3) Die Anlagen nach § 1 Absatz 2 lit. c) bis e) können unter Einhaltung der Frist nach Absatz 1 gesondert gekündigt werden. Für die Kündigung der Anlage nach § 1 Absatz 2 lit. b) gilt die dort vereinbarte Frist. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.
- (5) Dieser Vertrag gilt solange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wurde, dies gilt auch für die Anlagen gemäß § 1 Absatz 2 lit. c) bis e).

§ 22 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten

kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist. Einvernehmliche Änderungen des Vertrages sind jederzeit möglich.

- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (3) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (4) 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.