

## Rahmenvertrag

über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 31.01.2000

zwischen

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

- einerseits -

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
- Landesvertretung Bayern -

dem BKK Landesverband Bayern

der Bundesknappschaft - Verwaltungsstelle München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)

der IKK Bayern

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
- Landesvertretung Bayern -

(im folgenden Krankenkassenverbände genannt)

- andererseits -

### § 1

#### Gegenstand des Vertrages

Der Rahmenvertrag regelt auf der Grundlage des § 125 SGB V die Vertragsbeziehungen zwischen den bayerischen Krankenkassen und den bayerischen Krankenhäusern, sofern sie Heilmittel (§ 32 SGB V) ambulant abgeben und nach § 3 zugelassen sind.

## § 2

### Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für die Krankenkassenverbände in Bayern, deren Mitgliedskassen und für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen im Sinne der §§ 108 Nr. 1,2 und 3 SGB V und 111 SGB V, sofern sie ihren Beitritt zum Rahmenvertrag gegenüber den Krankenkassenverbänden erklärt haben.

## § 3

### Zulassung

- (1) Wer Heilmittel erbringen will, bedarf der Zulassung. Die Zulassung ist getrennt für die physikalische Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie zu beantragen. Sie wird von den Krankenkassenverbänden erteilt, wenn die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Empfehlungen der Spitzenverbände für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen (§ 124 Abs. 4 SGB V) gegeben sind.
- (2) Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Rahmenvertrages Heilmittel abgegeben haben, gelten weiterhin als zugelassen.
- (3) Die Zulassung kann von den Krankenkassenverbänden widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 SGB V nicht gegeben sind.
- (4) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen sind verpflichtet, Veränderungen, die die Voraussetzung der Zulassung betreffen, der für den Betriebssitz zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich anzuzeigen. Die Krankenkassen erhalten in Einzelfällen auf Anforderung eine Auflistung des in der Einrichtung beschäftigten medizinisch-therapeutischen Personals. Die Auskunft bezieht sich auf die Vorlage von Berufsurkunden, berufspraktischer Erfahrungszeit und Fortbildungen.
- (5) Die Behandlungen haben durch den Masseur und med. Bademeister, Masseur, Krankengymnasten, Logopäden, Sprachtherapeuten oder Beschäftigungstherapeuten (Nachweis der entsprechenden Berufsbezeichnung) zu erfolgen. Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne der jeweiligen Gesetze über die Berufsbilder, sofern das Krankenhaus zur Ausbildung von Praktikanten ermächtigt ist. Der Praktikant darf nur unter Anleitung und Aufsicht eines Therapeuten mit Berufsbezeichnung nach Satz 1 tätig werden. Der Einsatz von Schülern ist unzulässig.

## § 4

### Abgabe von Heilmitteln, Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

- (1) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist bei der Leistungsabgabe zu beachten.
- (2) An den Anspruchsberechtigten dürfen nur ärztlich verordnete Leistungen abgegeben werden. Art, Umfang und Zeitraum der Ausführung der Leistungen bestimmt der Arzt.
- (3) Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen nach Absatz 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine teilweise private Ausführung der ärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Im Hinblick auf die ärztliche Verordnung unterliegt die Einrichtung der Schweigepflicht. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Angaben im Sinne des SGB für die leistungspflichtige Krankenkasse.
- (4) Die Behandlung muß hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer den wissenschaftlich anerkannten Erfahrungsgrundsätzen entsprechen. Zur Abgabe dieser Leistungen sind die Einrichtungen durch ihre behandlungsberechtigten Mitarbeiter im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt. Die Leistung setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (5) In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
- (6) Art, Umfang und Zeitpunkt (Intervalle) der Ausführung verordneter Leistungen bestimmt der verordnende Arzt. Fehlt eine solche ärztliche Vorschrift, so finden die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.
- (7) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung (Leistungsart und -umfang) von Heilmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (8) An den Anspruchsberechtigten dürfen nur die ärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
- (9) Der Anspruchsberechtigte darf durch die Einrichtung oder deren Mitarbeiter ohne sachlich gerechtfertigten Grund nicht zu bestimmten Verordnungen von Vertragsärzten beeinflusst werden. Gleichzeitig darf die Einrichtung von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Für die Leistungen der Krankenkassen darf nicht geworben werden.
- (10) Jede Behandlung ist durch den Anspruchsberechtigten auf dem Verordnungsblatt/Patientendatei unter Angabe des Datums der Ausführung einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig. Ist der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage, selbst zu unterschreiben, kann diese Bestätigung durch eine betreuende Person des Versicherten geschehen. Ein erklärender Vermerk ist auf der Verordnung anzubringen.

- (11) Die Einrichtung hat für jeden Anspruchsberechtigten ein Karteiblatt/Aufzeichnungen zu führen, aus dem alle Behandlungsdaten (Behandlungstag, Behandlungsart) ersichtlich sind. Die Unterlagen sind vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistungen aufzubewahren.
- (12) Hausbesuche sind grundsätzlich durch niedergelassene Leistungserbringer sicherzustellen. Fahrkosten für Hausbesuche können daher nur in Einzelfällen in Ansatz gebracht werden.
- (13) Die Bestimmungen der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung ergänzen den Rahmenvertrag.

## § 5

### Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen

- (1) Leistungen im Rahmen des § 23 (2) SGB V dürfen erst nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse abgegeben und unter Vorlage der Genehmigungsunterlagen abgerechnet werden.
- (2) Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht übertragbar.
- (3) Verordnungen für Betreute nach dem Sozialversicherungsabkommen sind vor der Leistungserbringung der zuständigen Krankenkasse vor Ort zur Genehmigung vorzulegen.

## § 6

### Wahl des Behandlers

Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Einrichtungen frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Behandler in Anspruch genommen, so werden ggf. entstehende Mehrkosten der Hausbesuche von der Krankenkasse nicht getragen.

## § 7

### Vergütungsinhalt

- (1) Für die Vergütung der zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Heilmittel gelten die Abrechnungskriterien **Anlagen 2a bis 2d**. Auf die mit den jeweiligen Berufsverbänden vereinbarten Preislisten wird ein Abschlag von 10 % - kaufmännisch auf volle 5 Pfennig gerundet (mit Umstellung der Zahlungen auf Euro auf volle 5 Cent gerundet) - erhoben. Die Leistungen der physikalischen Therapie sind nach **Anlage 2 a**, die ergänzenden Leistungen nach **Anlage 2 b**, die Leistungen der Ergotherapie nach **Anlage 2 c** und die Leistungen der Sprachtherapie nach **Anlage 2 d** abzurechnen, soweit der Leistungserbringer hierfür zugelassen ist. Der Abrechnungscode und das Tarifikennzeichen sind zu verwenden. Mit den Preisen sind auch die sächlichen Leistungen abgegolten.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des Kostenanteils des Versicherten (§ 32 Abs. 2 SGB V oder § 6 Satz 3 Rahmenvertrag) Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden. Es ist Aufgabe des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzah-

lung einzubehalten und von der Rechnung abzusetzen (vgl. § 43b SGB V). Für die Positionen Hausbesuch und Kilometer-Geld und ergotherapeutische Schienen sind vom Versicherten keine Eigenanteile zu leisten.

## § 8

### Abrechnung

- (1) Die Abrechnung ist nur unter der Vorlage der Originalverordnung nach Abschluß der Behandlung möglich.
- (2) Einmal monatlich muß die Abrechnung für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen erstellt und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden. Die Krankenkassen sind zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung gegeben ist. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.
- (3) Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen.
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 16) werden vom Krankenhaus in den Feldern "Gesamt-Brutto" und "Gesetzliche Zuzahlung", „Heilmittelpositions-Nr.“ und „Faktor“ (Anzahl der erbrachten Leistungen) ausgefüllt.
- (5) Bei der Rechnungsstellung für Betreute nach dem
  - Bundesvertriebenengesetz (BVFG)
  - Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
  - Bundesversorgungsgesetz (BVG)
  - Häftlingshilfegesetz (HHG)
  - Opferentschädigungsgesetz (OEG)
  - Bundesseuchengesetz (BSeuchG)
  - Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
  - Sozialversicherungsabkommen (SVA)ist neben der Datenlieferung eine zusätzliche Rechnung in Papierform mit den Verordnungen anzuliefern.
- (6) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für den ordnungsgemäßen Versand des Datenträger bzw. Ersatzbeleg und Verordnungen.
- (7) Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben (§ 12 Abs. 2) und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern.

- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten bzw. Ersatzbelege, Verordnungen ggf. Genehmigungsunterlagen bzw. zusätzliche Papierrechnungen in genannten Sonderfällen) vorliegen. Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§ 196 Abs. 1 Nr. 7 BGB).
- (9) Die Abrechnung kann über eine zentrale Abrechnungsstelle erfolgen. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgt unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (10) Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden.

## § 9

### Abrechnungscode / Tarifikennzeichen

- (1) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifikennzeichen) zu verwenden.
- (2) Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden.
- (3) Werden Leistungen im Rahmen einer **ambulanten Krankenhausbehandlung** erbracht, so ist an der **ersten Stelle** die Ziffer **6**, bei Leistungen nach § 23 (2) SGB V an der **ersten Stelle** die Ziffer **8** zu verwenden.

## § 10

### Datenschutz

Die Einrichtung verpflichtet sich zum Datenschutz entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen; sie verpflichtet sich weiter, auch ihre Mitarbeiter dementsprechend anzuweisen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Angaben an die leistungspflichtige Krankenkasse.

## § 11

### Beendigung und Widerruf der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen endet:

1. Mit der Schließung des Krankenhauses.
2. Mit dem Übergang des Krankenhauses auf einen neuen Betreiber.

3. Mit dem Zeitpunkt, an dem die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 Abs. 2 SGB V nicht mehr vorliegen.

4. Mit dem Wirksamwerden eines Widerrufs nach § 124 Abs. 6 SGB V.

## § 12

### Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Einrichtungen haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern haben das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Einrichtung durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die Vertragsparteien sollen sich in diesen Fällen gegenseitig verständigen. Dieses Recht erstreckt sich auch auf die Einsicht in die Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.
- (3) Erfüllt ein Krankenhaus die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse Zahlungen einbehalten. Sie kann ferner Verwarnungen aussprechen oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuß festsetzen. Bei schweren oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Zulassung widerrufen werden.
- (4) Gegen eine Verwarnung oder Vertragsstrafe der Krankenkasse kann die Einrichtung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides den Vertragsausschuß nach § 13 anrufen. Wird der Vertragsausschuß nicht angerufen, ist die von der Krankenkasse getroffene Entscheidung verbindlich.
- (5) Schadenersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.

## § 13

### Vertragsausschuß

- (1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung des Vertrages, der Anpassung des Vertrages an veränderte Verhältnisse und zur Klärung von Zweifelsfragen bilden die BKG und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern einen Vertragsausschuß. Die Geschäftsführung des Ausschusses obliegt der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern. Beschlüsse des Vertragsausschusses sind den Vertragspartnern zuzuleiten. Sie werden Bestandteil des Rahmenvertrages oder seiner Anlagen, wenn nicht innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Beschlusses ein Vertragspartner schriftlich widerspricht.

- (2) Der Vertragsausschuß wird in den Fällen des **§ 12 Abs. 3 Satz 2** auf Antrag der Einrichtung tätig; er soll in diesen Fällen spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung einberufen werden. Ort und Zeitpunkt der Sitzung werden zwischen den Vertragsparteien abgesprochen.
- (3) Dem Vertragsausschuß gehören je 2 Vertreter der beiden Vertragsparteien an. Darüber hinaus können im gegenseitigen Einvernehmen weitere Sachverständige je nach Bedarf zugezogen werden.
- (4) Der Vertragsausschuß, der nur bei Anwesenheit aller Mitglieder beschlußfähig ist, faßt seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (5) Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie muß die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefaßten Beschlüsse enthalten. Der Vorsitzende und ein Vertreter der anderen Vertragspartei hat die Niederschrift zu unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschußmitgliedern unverzüglich zu übersenden.

## § 14

### Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom **01.04.2000** in Kraft.
- (2) Er kann auch von einzelnen Vertragspartnern mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Quartals, **frühestens jedoch zum 31.03.2001** durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Kündigung eines Krankenkassenverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Rahmenvertrages für die übrigen Krankenkassenverbände in Bayern. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verliert der zwischen den Vertragspartnern geschlossene Rahmenvertrag vom 21. Juni 1994 seine Gültigkeit.
- (4) Die Vergütungsvereinbarungen (**Anlagen 2a, 2b, 2c, 2d**) werden zum 01.04. des jeweiligen Jahres an die jeweils gültige Preisvereinbarung der Regionalkassen mit den Heilmittelerbringern mit einem Abschlag von 10 % - kaufmännisch auf volle 5 Pfennig gerundet (mit Umstellung der Zahlungen auf Euro auf volle 5 Cent gerundet) - angepaßt, soweit nicht seitens eines Vertragspartners nach § 14 (2) gekündigt wird.
- (5) Die Beitrittserklärung kann von den Krankenhäusern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalschluß gegenüber den Krankenkassenverbänden widerrufen werden.

München, den 31.01.2000

Bayerische Krankenhausgesell-  
schaft e.V. München (BKG)

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  
- Landesvertretung Bayern -

BKK Landesverband Bayern

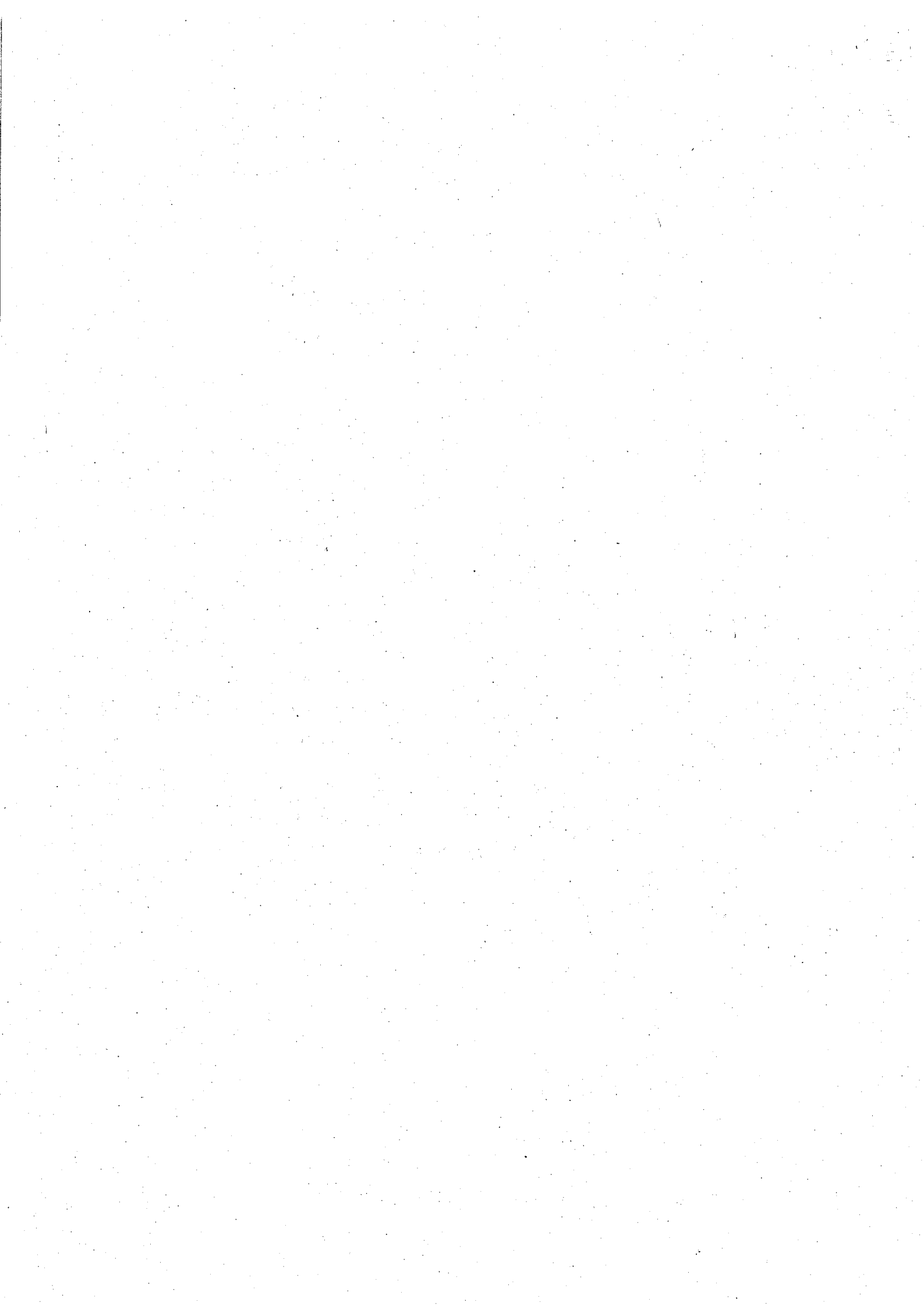
Bundesknappschaft  
- Verwaltungsstelle München -

Die Geschäftsführung  
i. A.  
Meyer

Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)

IKK Bayern

Verband der Angestellten-Kranken-  
kassen e.V. - Landesvertretung Bayern -



## Anlage 1

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 31.01.2000

zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. München

- einerseits -

und

dem AOK-Landesverband Bayern

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

- Landesvertretung Bayern -

dem BKK Landesverband Bayern

der Bundesknappschaft - Verwaltungsstelle München -

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)

der Innungskrankenkasse Bayern

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

- Landesvertretung Bayern -

- andererseits -

### Beitrittserklärung und Verpflichtungsschein

Die unterzeichnete Einrichtung erklärt Ihren Beitritt zu dem zwischen den o.g. Partnern abgeschlossenen Rahmenvertrag vom 24. August 1990 in der jeweils geltenden Fassung, einschließlich des jeweils gültigen Preisverzeichnisses. Sie verpflichtet sich, den zwischen den Vertragspartnern geschlossenen Vertrag anzuerkennen und bestätigt das Vorliegen der in der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V aufgeführten Zulassungsvoraussetzungen für

- Physikalische Therapie \*)
- Sprachtherapie \*)
- Beschäftigungstherapie \*)

Name des  
Krankenhauses, Anschrift

.....  
Ort/Datum

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

.....  
Unterschrift

