

**Vertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch
niedersächsische Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und
ihnen vergleichbare Einrichtungen
nach § 125 Abs. 2 SGB V**

zwischen

der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, Hannover

**nachfolgend NKG genannt
- als Vertragspartner einerseits**

und

der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*
Hildesheimer Str. 273
30159 Hannover

dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
Siebstr. 4
30171 Hannover

dem IKK-Landesverband Nord, Vertretung Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23
30177 Hannover

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen*
Im Haspelfelde 24
30173 Hannover

der Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover*
Siemensstr. 7
30173 Hannover

**nachfolgend Landesverbände genannt
- als Vertragspartner andererseits**

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit ambulanten Heilmitteln, die Preise und deren Abrechnung.
- (2) Ambulante Heilmittel gem. Abs. 1 umfassen die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie.

§ 2 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für die Mitgliedskassen der Landesverbände und für die Mitgliedskrankenhäuser der NKG, die nach § 3 dieses Vertrages eine Zulassung erhalten haben.

§ 3 Zulassung

- (1) Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ambulante Heilmittel nach § 1 abgeben, gelten in diesem Umfang als zugelassen, sofern sie bereits dem Rahmenvertrag von 1989 beigetreten sind.
- (2) Krankenhäuser, die nach dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses den Beitritt erklären, erklären gegenüber der NKG, dass sie den Anforderungen der jeweils aktuellen Heilmittel – Richtlinie nachkommen. Die NKG informiert die Landesverbände über die dem Vertrag neu beigetretenen Krankenhäuser, die somit zugelassen sind.

§ 4 Abgabe der Leistung

- (1) Es sind nur die vom Vertragsarzt verordneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien abzugeben. Hierzu gehören auch die vertragsärztlich verordneten Hausbesuche. Die Leistungserbringung richtet sich nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 2 bis 5).
- (2) Die Behandlungen haben durch qualifizierte Mitarbeiter der Krankenhäuser zu erfolgen, die die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung haben. Für bestimmte Maßnahmen der Physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Diese Leistungen dürfen nur von dem Therapeuten ausgeführt werden, der eine zusätzliche abgeschlossene Weiterbildung/Fortbildung entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 2 bis 5) für diese Leistung hat. Der Einsatz von Praktikanten ist zulässig, von Schülern nur dann, wenn der Einsatz unter persönlicher Aufsicht (direkte Anwesenheit) und Anleitung des Zugelassenen oder eines qualifizierten Mitarbeiters, der die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung hat, erfolgt.
- (3) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Therapeuten und Krankenhäusern frei. Die Vertragspartner tragen dafür Sorge, dass den Versicherten die freie Wahl des Leistungserbringers gewährt wird. Eine Zusammenarbeit zwischen den Zugelassenen/Krankenhäusern und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Die

Krankenkasse informiert die Versicherten auf deren Anfrage über die Adressen der zugelassenen Therapeuten und der Krankenhäuser.

§ 5 Datenschutz

- (1) Das Krankenhaus unterliegt hinsichtlich personenbezogener Daten, insbesondere hinsichtlich der Person und der Erkrankung seiner Patienten der Schweigepflicht. Es darf Anfragen vom MDK und von Krankenkassen zu personenbezogenen Daten nach Maßgabe des § 275ff SGB V beantworten, soweit diese zulässig sind. Das Krankenhaus hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (2) Jede andere Nutzung personenbezogener Daten durch das Krankenhaus, insbesondere solcher, die aus Verordnungsblättern stammen, ist nur zulässig mit Zustimmung des/der Patienten/in.

§ 6 Leistungsbeschreibung

Der Inhalt der einzelnen Leistungen und deren Regelbehandlungszeit richtet sich nach der Leistungsbeschreibung gem. Anlage 2 bis 5.

§ 7 Qualitätssicherung

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Qualität der von ihm erbrachten Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen.
- (2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen zu behandeln.
- (3) Das Krankenhaus gewährleistet im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation mindestens alle zwei Jahre eine externe fachspezifische Fort- und Weiterbildung der Therapeuten. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung den Landesverbänden zu erbringen.¹
- (4) Zur Sicherung der Prozessqualität hat das Krankenhaus insbesondere Folgendes zu beachten:
 - a) Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am ggf. angegebenen Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Anwendung des verordneten Heilmittels

¹ In den niedersächsischen Verträgen mit den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer ist die Fortbildung gemäß Anlage 4 zu den Rahmenempfehlungen aufgenommen und größtenteils konkret vereinbart worden. Eine praktische Umsetzung erfolgte vor dem Hintergrund fehlender Einigung bei der Anerkennung von Fortbildung noch nicht. Sollte diesbezüglich Einigung zwischen den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer und den Krankenkassen erzielt werden, so sind unverzüglich Gespräche zur Aufnahme einer konkreten Fortbildungsregelung zwischen der NKG und den Krankenkassen aufzunehmen.

- d) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6)
 - e) Behandlungsdokumentation gemäß Abs. 5 (noch zu klären)
 - f) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein, sich an der Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten zu beteiligen.
- (5) Der Zugelassene hat für jeden behandelten Versicherten eine Behandlungsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

§ 8 Beginn der Heilmittelbehandlung

- (1) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des nachstehenden Zeitraumes begonnen werden:
- bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie:
innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung,
 - bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:
innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung,
 - bei Maßnahmen der Ergotherapie:
innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung
 - bei Maßnahmen der Podologischen Therapie:
innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung
- (2) 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 Krankenhaus eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Krankenhaus auf der Rückseite des Verordnungsblatts zu dokumentieren.
- (3) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung eines vom verordnendem 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.
- (4) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung.

§ 9 Durchführung der Heilmittelbehandlung

- (1) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

- (2) 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 das Krankenhaus darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Krankenhaus auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- (3) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- (4) A)

Physiotherapie

Wird die Behandlung länger als 10 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen:

- Therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T),
- Krankheit des Patienten/Therapeuten (K)
- Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F).

Die Behandlung darf in den geschilderten Ausnahmefällen maximal 19 Tage unterbrochen werden. Unterbrechungen bei Ferien bzw. Urlaub (F) des Patienten/Therapeuten bis max. 19 Tage gilt nur für Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, K, F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

- (4) B)

Ergotherapie

Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen:

- Therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T),
- Krankheit des Patienten/Therapeuten (K)
- Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F).

Die Behandlung darf in den geschilderten Ausnahmefällen maximal 28 Tage unterbrochen werden. Unterbrechungen bei Ferien bzw. Urlaub (F) des Patienten/Therapeuten bis max. 28 Tage gilt nur für Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, K und F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

(4) C)

Logopädie

Wird die Behandlung länger als 14 Tagen unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit:

Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen:

- Therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T),
- Krankheit des Patienten/Therapeuten (K)
- Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F).

Die Unterbrechungsfrist beträgt hier maximal 21 Tage und kann höchstens 2 x pro Verordnung in der Höhe unterbrochen werden. Unterbrechungen bei Ferien bzw. Urlaub (F) des Patienten/Therapeuten bis max. 21 Tage gilt nur für Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, K und F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

§ 10

Abschluss der Heilmittelbehandlung

- (1) Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer diesen am Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels – sofern angegeben - sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern das Krankenhaus die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
- (2) Das Krankenhaus darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

§ 11

Verordnung

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik² (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, Frequenz der Leistungen und bei Manueller Lymphdrainage die Therapiezeit ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Therapeut dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 6) berechtigt und verpflichtet. Änderungen und Ergänzungen auf der Verordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 8 Abs. 2 und § 9 Abs. 1 einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

² Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält (z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche), muss die Leitsymptomatik (hier: Fußheberparese) nicht noch einmal wiederholt werden.

- (2) Die empfangene Maßnahme ist vom Krankenhaus auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson (Behandlung von pflegebedürftigen Patienten) durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (3) Ist die Verordnung als Verordnung außerhalb des Regelfalls gekennzeichnet, kann mit der Behandlung begonnen werden, sobald die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Das Krankenhaus soll sich davon überzeugen, dass die Verordnung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegt. Nach Möglichkeit soll sich das Krankenhaus dies vom Patienten schriftlich bestätigen lassen. Verzichtet eine Krankenkasse ganz oder teilweise auf die Genehmigung, unterrichtet sie hierüber unverzüglich die Vertragspartner.
- (4) Liegt die Verordnung im Original der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

§ 12 Vergütung

- (1) Die Vergütungen für die Leistungen der physikalischen Therapie/ Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in der Vereinbarung umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart (Anlage 1).
- (2) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach Anlage 1 vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) Die Vergütung sollte grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- (4) Für die aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden. Der Zuzahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer gem. § 43 b SGB V einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen werden.
- (5) Wird die Preisvereinbarung geändert, so gelten die neuen Vergütungen für alle ab Wirksamkeit der neuen Preisvereinbarung erbrachten Leistungen (Stichtagsregelung).

§ 13 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Der Vergütungsanspruch für abgegebene Leistungen wird fällig, wenn die Behandlung abgeschlossen ist und die vollständigen Abrechnungsunterlagen der Krankenkasse vorliegen. Abgebrochene Behandlungsfälle sind besonders zu kennzeichnen. Bei Verlust der Verordnungsblätter sind die erbrachten Leistungen vom Zugelassenen nachzuweisen (z.B. durch Vorlage von Kopien der Verordnungen).
- (3) Die Krankenhäuser können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Erfolgt die Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt, solange bis ein Widerruf der Abrechnungsvollmacht durch das Krankenhaus bei der Krankenkasse eingegangen ist. Werden Abrechnungsstellen im Auftrag von Krankenkassen tätig, so erklärt die Krankenkasse den Widerruf ihrer Abrechnungsvollmacht dem Krankenhaus und der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) ihrer Auftraggeber.
- (4) Die Rechnungslegung erfolgt für die abgeschlossenen Behandlungen einmal bis zum 15. des auf die Abgabe der Leistungen folgenden Monats unter Vorlage der Originalverordnungen. Sie ist an die von den Landesverbänden benannten Daten- und Papierannahmestellen zu richten.
- (5) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (6) Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein.
- (7) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich zu überprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden in der laufenden Abrechnung berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt.
- (8) Die rechnerischen und sachlichen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen für nicht oder nicht vertragsgerecht erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhaltes durch die Krankenkasse oder dem Krankenhaus zu laufen, sofern eine strafbare Handlung des Krankenhauses oder der Krankenkasse vorliegt.
- (9) Widerspricht das Krankenhaus oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von sechs Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (10) 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 eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

§ 14 Klärung von Zweifelsfragen

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sind nach Möglichkeit zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus zu bereinigen. Wird eine Einigung nicht erzielt, so sind der jeweilige Landesverband und die NKG einzuschalten.

§ 15 Vertragserfüllung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die NKG erklärt hierzu, dass sie ihre Mitglieder regelmäßig auf die Erfüllung der Verpflichtungen nach diesem Vertrag hinweisen wird und in jeder Weise auf ihre Mitglieder einwirken wird, damit diese an einer ordnungsgemäßen Erfüllung der vertraglichen Pflichten mitwirken.
- (2) Die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände haben das Recht bei begründetem Verdacht (Verdacht auf Abrechnungsmanipulation, Schädigung von Versicherten oder grobe Pflichtverletzung) gemeinsam mit Vertretern der NKG während der Öffnungszeiten die Praxisräumlichkeiten zu besichtigen. Der Termin ist dem Krankenhaus in einer angemessenen Frist vorab mitzuteilen.
- (3) Das Krankenhaus hat die für die Prüfung nach Absatz 2 erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere aus dem Vertrag sich ergebende Nachweise.
- (4) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden. Diese müssen in einer angemessenen Frist vom Krankenhaus beseitigt werden.

§ 16 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstößen gegen die Bestimmungen dieses Vertrages, kann die betroffene Krankenkasse das Krankenhaus schriftlich warnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Aufgrund schwerwiegender Vertragsverstöße kann die Zulassung entzogen werden.

§ 17 Salvatorische Klausel

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

§ 18
Inkrafttreten / Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 1. April 2009 in Kraft. Er ersetzt die Vereinbarung vom 27. November 1989 für die vertragsschließenden Parteien. Die Vereinbarung kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten durch Brief an alle Vertragspartner zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2010 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Das Preisverzeichnis (Anlage 1) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch Brief an alle Vertragspartner gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde, frühestens zum 31. März 2010.
- (3) Der Vertrag und das Preisverzeichnis bleiben bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen gültig.
- (4) Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (5) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien / Rahmenempfehlungen werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (6) Die Vergütungsvereinbarung gilt gemäß § 71 Abs. 2 SGB V vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Anlage 1: Preisverzeichnis
Anlage 2 bis 5: Leistungsbeschreibungen

Hannover 04. Mai 2009

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband Nord – Vertretung Niedersachsen

LKK Niedersachsen-Bremen*

Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover

* In Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes