

## Rahmenvertrag

über die ambulante  
Abgabe von Heilmitteln durch  
niedersächsische Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen  
und ihnen vergleichbare Einrichtungen

zwischen

der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, Hannover (NKG)  
- als Vertragspartei einerseits -

und

dem AOK-Landesverband Niedersachsen

dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen

dem Landesverband der Innungskrankenkassen Niedersachsen

der Hannoverschen landwirtschaftlichen Krankenkasse

(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes  
nach § 36 KVLG 1989)

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

- Landesausschuß Niedersachsen -

dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.,

- Landesausschuß Niedersachsen -

(im folgenden Landesverbände genannt)

- als Vertragspartei andererseits -

### § 1

#### Gegenstand der Rahmenvereinbarung

Der Rahmenvertrag regelt auf der Grundlage des § 125 SGB V die Vertragsbeziehungen zwischen den niedersächsischen Krankenkassen und den niedersächsischen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbaren Einrichtungen (im folgenden Krankenhäuser genannt), sofern sie Heilmittel (§ 32 SGB V) ambulant abgeben und nach § 3 zugelassen sind.

### § 2

#### Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt einerseits für die den Landesverbänden angeschlossenen Krankenkassen und andererseits für die Krankenhäuser, die gegenüber der NKG dem Rahmenvertrag beigetreten sind und nach § 3 eine Zulassung erhalten haben. Für Krankenhäuser, die nicht Mitglied der NKG sind, ist der Beitritt gegenüber den Landesverbänden zu erklären.

§ 3

Zulassung

(1) Die Zulassung ist bei den Landesverbänden getrennt für die physikalische Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie zu beantragen. Sie wird von den Landesverbänden 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) nachgewiesen worden sind.

(2) Die Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses Heilmittel nach Abs. 1 abgeben, gelten in diesem Umfang als zugelassen, sofern sie dem Rahmenvertrag beigetreten sind. Die NKG informiert die Landesverbände über diese Krankenhäuser.

§ 4

Form und Abgabe der Heilmittel

(1) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist bei der Leistungsabgabe zu beachten.

(2) Es sind nur die vom Kassenarzt verordneten Heilmittel abzugeben. Für den Beginn und die Abstände zwischen den einzelnen Behandlungen ist die Verordnung des Kassenarztes maßgebend. Liegt keine derartige Anweisung vor, so sind die Zeitabstände unter Berücksichtigung des optimalen therapeutischen Erfolges festzulegen. Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Die Annahme und Ausführung kassenärztlich verordneter Heilmittel ist nur gestattet, wenn sich die Behandlungsberechtigung auf alle verordneten Heilmittel erstreckt. Das Krankenhaus sowie die bei ihm beschäftigten Personen sind hinsichtlich der personenbezogenen Daten oder Geschäftsgeheimnisse, die ihnen durch ärztliche Verordnungen oder in anderer Weise bekannt werden, zum Schweigen verpflichtet. Es wird auf § 203 Abs. 1 Ziffer 1 Abs. 3 StGB Bezug genommen. Das Krankenhaus unterrichtet, soweit dies noch nicht geschehen ist, seine Beschäftigten über die Schweigepflicht. Im übrigen gelten die zwischen den Landesverbänden und den jeweiligen Berufsverbänden vereinbarten Leistungsbeschreibungen.

(3) Soweit es Krankenkassen fordern, ist vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse auf dem Verordnungsblatt die Kostenübernahme zu erklären; Kosten für Verordnungen ohne diese Erklärung werden nicht übernommen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung (Leistungsart und -umfang) von Heilmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit

Datumsangabe. Die sonstigen Änderungen und Ergänzungen auf dem Verordnungsblatt können nach Rücksprache mit der Krankenkasse oder dem Versicherten vorgenommen werden. Sie sind vom Behandlungsberechtigten mit einem entsprechenden Vermerk, dem Datum und seiner Unterschrift zu versehen.

(4) Die Behandlung muß spätestens 14 Tage nach Ausstellung der kassenärztlichen Verordnung begonnen werden. Zwischen den einzelnen Behandlungen dürfen grundsätzlich nicht mehr als höchstens 10 Tage liegen.

(5) Der Patient hat die durchgeführte Behandlung jeweils am Tage der Leistungsabgabe unterschriftlich zu bestätigen. Vordatierungen oder die Bestätigung über den Empfang mehrerer oder der gesamten Leistungen durch eine einmalige Unterschrift sind unzulässig.

(6) Die Behandlungen haben durch den Masseur, Masseur und med. Bademeister, 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.

## § 5

### Preise und Abrechnung

(1) Für die Abrechnung der vom Krankenhaus ambulant abgegebenen Heilmittel gilt die Anlage 1.

(2) Die Rechnungslegung erfolgt monatlich. Dabei sind sämtliche im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen abzurechnen. Der Rechnung sind die ärztlichen Verordnungen beizufügen, auf denen die Anspruchsberechtigten am Tag der Ausführung unter Angabe des Datums die Durchführung der verordneten Leistung bestätigt haben. Bestätigungen im voraus oder nachträglich sind unzulässig.

(3) Die Abrechnung ist getrennt nach

- o Mitgliedern (ohne Rentner),
- o versicherten Familienangehörigen,
- o Rentnern und deren Familienangehörigen

zu erstellen.

(4) Der Rechnung sind die Verordnungen in der Reihenfolge beizufügen, in der sie in der Rechnung aufgeführt sind.

(5) Die von den Versicherten an das Krankenhaus zu leistenden gesetzlichen Zuzahlungen (§ 32 Abs. 2 SGB V) sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

(6) Für Anspruchsberechtigte nach dem BVG und für die von Krankenkassen betreuten Personengruppen, Sozialhilfeempfänger, Aussiedler nach dem Bundesvertriebenengesetz, Unterhaltsgeldempfänger und Versicherte der Seekrankenkasse sind jeweils Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung einzureichen.

(7) Auf der Rechnung ist das Institutionskennzeichen anzugeben.

(8) Zuzahlungen im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen, mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung, weder gefordert noch angenommen werden.

(9) Im Falle eines Kassenwechsels sind nur die bis zum Ende des Versicherungsanspruchs erbrachten Leistungen abrechnungsfähig. Für die Übernahme der Kosten weiterer Leistungen ist die neue Krankenkasse zuständig. Für den Fall, daß der Kostenträger die vom Krankenhaus abgerechneten Behandlungen nur teilweise vergütet, stellt er ihm eine Kopie des Ordnungsblattes zur Verfügung. Der Kostenträger kennzeichnet darauf die vergüteten Behandlungen.

(10) Die Rechnungen sind innerhalb von vier Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen.

(11) Eingangstag der Rechnung ist

- a) bei persönlicher Übergabe der Tag der Ablieferung,
- b) bei Übersendung durch die Post der durch den Eingangsstempel des Empfängers ausgewiesene Tag.

(12) Die Rechnungen gelten als beglichen

- a) bei Übergabe oder Übersendung von Zahlungsmitteln an den Empfänger mit dem Tage der Übergabe oder Absendung,
- b) bei Überweisung im unbaren Zahlungsverkehr mit dem Tage der Hingabe des Auftrages an das Geldinstitut oder an die Post.

(13) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Etwaige Differenzen aus den bisherigen Abrechnungen können dabei verrechnet werden.

(14) Die vereinbarten Preise gelten auch hinsichtlich der Abrechnung mit Krankenkassen aus anderen Verbandsbereichen.

(15) Im übrigen gilt § 302 SGB V, soweit die Spitzenverbände das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in Richtlinien bestimmt haben.

## § 6

### Rechnungsbeanstandungen

(1) Die Krankenkassen sind berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtet und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt.

(2) Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb einer Frist von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Falschabrechnungen oder für nicht oder nicht vertragsgemäß erbrachte und abgerechnete Leistungen beginnt die Frist erst nach Kenntnis dieses Sachverhalts durch die Krankenkasse zu laufen.

(3) Widerspricht das Krankenhaus einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von acht Wochen, so gilt diese als anerkannt.

## § 7

### 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.

## § 8

### Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt zum 1. Januar 1990 in Kraft. Mit dem Inkrafttreten werden alle Vereinbarungen, die auf der örtlichen Ebene zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen worden sind, gegenstandslos.

(2) Maßgebend für die Berechnung der Preise ist der Zeitpunkt, zu dem die einzelne Leistung erbracht wird.

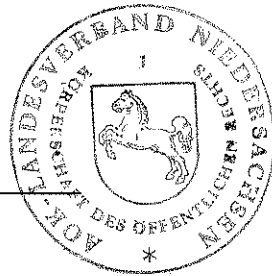
(3) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.91 mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit der Rahmenvereinbarung für die übrigen Landesverbände.

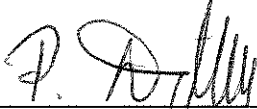
(4) Das Preisverzeichnis nach § 5 kann unter Berücksichtigung der jeweils vereinbarten Kündigungsfristen und Laufzeiten mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, erstmalig frühestens zum 31.12.90.

(5) Bis zur Vereinbarung von neuen Preisen gelten die Preise nach Anlage 2 vorläufig weiter.

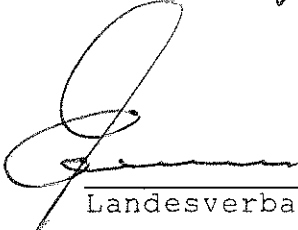

Hannover, den 27. November 1989

  
AOK-Landesverband Niedersachsen



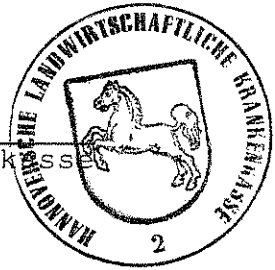
  
Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen



  
  
Landesverband der Innungskrankenkassen Niedersachsen



  
Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse



*Wimmer*



Bundeskknappschaft - Verw.-Stelle Hannover

*Geckeler*

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
- Landesausschuß Niedersachsen -

*Geckeler*

Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.  
- Landesausschuß Niedersachsen -

*Gerris Häpkel*

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft  
Hannover (NKG)

# **Nachtrag**

## **zur Rahmenvereinbarung über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch niedersächsische Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbaren Einrichtungen vom 27. November 1989**

Die Vertragspartner legen in Ergänzung zu § 8 der o. g. Vereinbarung fest:

1. Nach § 302 SGB V i. V. m. § 303 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, maschinell lesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis in der Abrechnung zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 anzugeben.
2. Die Richtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V finden in der jeweiligen Fassung Anwendung.
3. Die Landesverbände teilen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, Postfach 44 49, 30044 Hannover rechtzeitig den Beginn des Echtverfahrens mit. Bis zum Beginn des Echtverfahrens gilt das bisher vertraglich vereinbarte Abrechnungsverfahren.
4. Während der Erprobung entsprechend § 9 Abs. 3 der Richtlinien erfolgt eine parallele Abrechnung sowohl auf maschinell verwertbaren Datenträgern/DFÜ und zur Sicherstellung der Zahlung auf dem herkömmlichen Papierweg. Während der Erprobungsphase ist die „EDV-Abrechnung“ mit dem Testkennzeichen zu versehen.
5. Übergangsweise werden nach Beginn des Echtverfahrens die maschinenlesbaren Abrechnungsformulare gemäß Anlage 2 der nach § 302 SGB V geltenden Richtlinien vorgenommen.



Ort, Datum

*Respa*

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft



*Henning*

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

*Klaus Jambay*

Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen

*Ul. Ludwig*

IKK-Landesverband Niedersachsen

*W. Meyer*

Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse

*C. ...*

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover

*F. ...*

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
- Landesvertretung Niedersachsen -, Hannover

*F. ...*

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
(VdAK) - Landesvertretung Niedersachsen, Hannover