

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

zwischen

dem Bayerischen Heilbäderverband e.V., Rathausstr. 8, 94072 Bad Füssing

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

der AOK Bayern, Zentrale, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München

dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München

der Knappschaft, Verwaltungsstelle München, Friedrichstraße 19, 80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/ LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

der Vereinigten IKK, Meglingerstraße 7, 81477 München

und

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg

Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg

Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover

Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd

HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg

Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg

hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

Verband der Ersatzkassen e. V., Siegburg (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Bayern

§ 1 Umfang und Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt:

1. Für die oben genannten Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Bayern und die außerbayerischen Krankenkassen.
2. Die Mitglieder des Heilbäderverbandes, wenn sie die Beitrittserklärung gemäß **Anlage 1** unterzeichnet haben und die Voraussetzungen der Satzung des Heilbäderverbandes nachgewiesen haben. Eine Bestätigung des Heilbäderverbandes ist erforderlich. Die Krankenkassen bzw. deren Verbände prüfen, ob die Voraussetzungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 gegeben sind. Eine aktuelle Mitgliederliste der Leistungserbringer wird der AOK Bayern sowie der vdek-Landesvertretung Bayern vom Heilbäderverband regelmäßig zur Verfügung gestellt.
3. Für andere Leistungserbringer sind die Voraussetzungen dann gegeben, wenn sie die Beitrittserklärung gemäß **Anlage 1** unterzeichnet haben und die Betriebe sich in einem anerkannten Heilbad, Kneippkurort, Kneippheilbad oder heilklimatischen Kurort befinden und die Voraussetzungen für die Anerkennung als Heilquellen-, Heilstollen-, oder Peloid-Kurbetrieb erfüllen. Diese Voraussetzungen sind vom Antragsteller gegenüber der zuständigen Direktion der AOK Bayern und der vdek-Landesvertretung Bayern nachzuweisen.
4. Zusätzlich gilt

a) für die Leistungserbringer von Kompaktkuren:

Voraussetzung zur Erbringung von Kompaktkuren ist eine von dem bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelten Anerkennungsausschuss genehmigte Kompaktkur.

b) für die Leistungserbringer von Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung:

Diese können während ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nur von Leistungserbringern abgegeben und abgerechnet werden, die im Besitz des Gütesiegels „Vorbildliche Gesundheitsförderung am Kurort“ sind. Der Bayerische Heilbäderverband e.V. verpflichtet sich, die Leistungen der Inhaber des Gütesiegels laufend zu überprüfen

(2) Dieser Vertrag regelt:

1. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Versicherten der bayerischen Krankenkassen und des übrigen Bundesgebietes mit kurortspezifischen Leistungen, individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Kompaktkuren im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (gemäß Abs. 1 Nr. 3).
2. Art und Umfang der abgegebenen Leistungen.
3. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien.

(3) Der Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von ambulanten Vorsorgeleistungen von 26.07.1990 in der zuletzt gültigen Fassung wird um die Inhalte der bisherigen Verträge über die „Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung während ambulanter Vorsorgeleistungen vom 11.06.1992“ und der im Rahmen ambulanter Kompaktkuren erbrachten Leistungen vom 30.04.1999 in den jeweils gültigen Fassungen erweitert. Mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages werden die beiden letzt genannten Verträge abgelöst.

§ 2

Zulassung / Abrechnungsbefugnis der Leistungserbringer

- (1) Die Zulassung / Abrechnungsbefugnis ist bei der für den Betriebssitz zuständigen Direktion der AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern zu beantragen. Sie wird von der zuständigen AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern erteilt, wenn die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 SGB V i. V. mit den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen (§124 Abs. 4 SGB V) nachgewiesen worden sind und die Beitrittserklärung gemäß **Anlage 1** unterzeichnet wurde.
- (2) Die Kurbetriebsunternehmen und die Kneippkurbetriebe, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugelassen bzw. abrechnungsberechtigt sind, gelten in diesem Umfang weiterhin als zugelassen bzw. abrechnungsberechtigt, sofern sie dem Rahmenvertrag beigetreten sind und die Beitrittserklärung unterzeichnet haben.
- (3) Der Leistungserbringer ist auf Anforderung verpflichtet, der AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungs- und abrechnungsrelevante Personalveränderungen sind der AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern unter Vorlage der Qualifikationsnachweise unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 3

Vertretung

- (1) Der zugelassene bzw. abrechnungsberechtigte fachliche Leiter kann sich bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft entsprechend der Dauer der Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz und der entsprechenden Landesregelung in seiner Praxis vertreten lassen. Beginn und Ende der Verhinderung sind der zuständigen AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllen.
- (2) Vertretungen über die in Ziffer 1 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Genehmigung durch die zuständige AOK bzw. der vdek-Landesvertretung Bayern und sind bei diesen sechs Wochen im voraus zu beantragen. Der Leistungserbringer hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der zuständigen AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern mitzuteilen sowie die fachliche Qualifikation des Vertreters nachzuweisen.
- (3) Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
- (4) Bei Tod des Leistungserbringens gilt die Zulassung / Abrechnungsbefugnis unter den Voraussetzungen dieses Vertrages bis zu drei Monaten fort, wenn der Rechtsnachfolger dies schriftlich anerkennt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zuständigen AOK und der vdek-Landesvertretung Bayern verlängert werden.

§ 4 Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

- (1) Für kurortspezifische Leistungen und Kompaktkuren gilt:
1. Den Versicherten dürfen Leistungen auf den dafür vorgesehenen Verordnungsvordrucken (keine Kurbüchlein), auf denen der Zusatz "Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V" eingetragen ist, abgegeben werden.
 2. Bei allen im Rahmen von genehmigten Kuren abgegebenen kurortspezifischen Leistungen finden die Heilmittelrichtlinien keine Anwendung.
 3. Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen nach Absatz 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung bzw. die Abgabe- und Abrechnungsbefugnis auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Sofern der Vertragsarzt die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung für medizinisch notwendig erachtet, sind diese auf einem separaten Verordnungsformular (nach Absatz 1) zu verordnen. Eine teilweise private Ausführung der ärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Im Hinblick auf die ärztliche Verordnung unterliegt der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer und ihre behandlungsberechtigten Mitarbeiter im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt. Die Leistung setzt eine vom Vertragsarzt vollständig ausgefüllte 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 Versicherten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
 6. Art, Umfang und Zeitpunkt (Intervalle) der Ausführung verordneter Leistungen bestimmt der Kur- bzw. Badearzt. Die erste Leistung ist innerhalb von 10 Tagen nach der Ausstellung der Verordnung abzugeben. Kann die Behandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Die Unterbrechung einer Behandlungsserie von mehr als zehn Tagen verlangt grundsätzlich eine Neuverordnung.
 7. Die Gruppenleitung ist gemäß des Kurarztvertrages in Verbindung mit der Anlage 1 Abschnitt D Nr. 3 – Behandlung in stabilen Gruppen – Bestandteil der Kompaktkur. Die Anforderungen an die Gruppenbetreuer sind in der **Anlage 6 b** beschrieben.
 8. Die Patienten-Gesprächsseminare sind gemäß des Kurarztvertrages in Verbindung mit der Anlage 1 Abschnitt D Nr. 2 – Strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz – Bestandteil der Kompaktkur. Die "Grundsätze und Beispiele der Leistungsbeschreibungen der Patienten-Gesprächsseminare" sind in der **Anlage 6 b** beschrieben.
 9. Der Kur- bzw. Badearzt kann vor Ort feststellen, dass ein ambulanter Kurgast aus medizinisch notwendigen Gründen eine Kompaktkur durchführen soll. Dies ist mit dem als Anlage 8 beigefügten Formular bei der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 4 Tagen nach Feststellung schriftlich zu beantragen und genehmigen zu lassen. Diese Nachgenehmigung ist bei der Rechnungsstellung mit vorzulegen.

10. An den Versicherten 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 Zu widerhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar. In begründeten Ausnahmefällen können auf ärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Danach gilt die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge.

11. Die Zuzahlung für kurortspezifische Leistungen (**Anlage 2 a**) und Heilmittel (Anlage 2d bzw. 2e) beträgt gemäß § 61 Satz 3 SGB V zehn vom Hundert der Kosten sowie 10,00 Euro Verordnungsgebühr. Für die Leistungen gemäß Anlage 2 b und 2 c sind vom Versicherten keine Zuzahlungen zu leisten.

Werden unterschiedliche Leistungserbringer im Rahmen einer genehmigten ambulanten Vorsorgemaßnahme in Anspruch genommen, sind die Heilmittel hierfür vom Kurarzt auf mehreren Originalverordnungen zu verordnen.

Sofern der behandelnde Arzt an einem Behandlungstag „getrennte“ Verordnungen ausstellt, ist hinsichtlich der Zuzahlung wie folgt zu verfahren:

Außer der 10%igen Zuzahlung hat der Versicherte die Verordnungsblattgebühr in Höhe von 10,00 Euro an den Leistungserbringer zu leisten, der die erste Originalverordnung für diese Vorsorgemaßnahme annimmt. Dieser hat dem Versicherten die geleistete Zuzahlung gemäß § 61 Satz 4 SGB V kostenfrei zu quittieren. Wird eine weitere Originalverordnung, die vom behandelnden Arzt am gleichen Tag wie die erste Verordnung ausgestellt wurde, für ein und dieselbe Vorsorgemaßnahme bei einem anderen Leistungserbringer eingereicht, so kann dieser unter Vorlage der Zahlungsquittung auf den Einzug der Verordnungsblattgebühr von 10,00 Euro verzichten. Der Verordnung ist bei der Abrechnung eine Kopie der Quittung beizufügen. Kann eine Quittung nicht vorgelegt werden, ist die Verordnungsblattgebühr in Höhe von 10,00 Euro in jedem Fall einzuziehen und mit dem Vergütungsanspruch zu verrechnen. Sollte es dadurch zu einer evtl. Überzahlung des Versicherten kommen, ist er zur Erstattung an seine Krankenkasse zu verweisen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die 10%ige Zuzahlung immer einzuziehen ist.

12. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind im Ausnahmefall möglich. Diese sind vor Behandlungsbeginn vom Kur- bzw. Badearzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu bestätigen.

13. Im Interesse einer effektiven und effizienten Behandlung hat der Leistungserbringer für jeden Patienten eine Verlaufsdokumentation zu führen. Sie erfolgt je Behandlungstag und -einheit und umfasst die im einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten, ggf. Besonderheiten bei der Durchführung, den die Leistung durchführenden Therapeuten und bei mehreren Betriebsstätten den Therapieort. Die Unterlagen sind vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistungen aufzubewahren

(2) Für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung gilt:

1. Die Leistung ist durch Personal des Gütesiegelinhabers abzugeben.
2. Die individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung während ambulanter Vorsorgeleistungen sind auf der Grundlage der gemeinsamen Leistungsbeschreibungen für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ambulanten Vorsorgeleistungen

der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Heilbäderverbandes e.V. (**Anlage 6 c**) zu erbringen, sofern nichts abweichendes vereinbart ist. Für die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Seminare) ist eine ärztliche Verordnung (**Anlage 5**) erforderlich. Andere Leistungen (z.B. Aqua Jogging, Nordic Walking, etc.), die in der Leistungsbeschreibung für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht genannt sind, werden von den Krankenkassen auf Grund dieses Vertrages nicht erstattet.

3. Die Versicherten sind vor Seminarbeginn von dem Leistungserbringer darauf hinzuweisen, dass die Kostenübernahme der Krankenkasse die Teilnahme an allen vorgesehenen Unterrichtsstunden voraussetzt. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden. Eine Zu widerhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
 4. Der Therapeut dokumentiert die durchgeführten Seminareinheiten je Leistungserbringungstag und Teilnehmer.
 5. Für die Leistungen gemäß Anlage 2 c ist vom Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.
- (3) Der Versicherte darf durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ohne sachlich gerechtfertigten Grund nicht zu bestimmten Verordnungen von Vertragsärzten beeinflusst werden. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Für die Leistungen der Krankenkassen darf nicht geworben werden.
- (4) Jede Behandlung ist am Tage der Leistungsabgabe durch den Patienten oder wenn der Patient auf Grund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist selbst zu unterschreiben von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschrift auf den dafür vorgesehenen Verordnungsvordrucken (keine Kurbüchlein), auf denen der Zusatz „Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V“ eingetragen ist, unter Angabe des Datums der Ausführung einzeln zu bestätigen. Ein erklärender Vermerk wer die Unterschrift im Auftrag getätigter hat ist auf der Verordnung anzubringen. Eine Bestätigung der erhaltenen Leistung durch den Therapeuten ist nicht möglich. Bestätigungen im voraus oder nachträglich sind nicht zulässig. Ist aus logistischen Gründen keine Unterschrift je Leistung möglich, genügt eine Unterschrift des Versicherten pro Tag der Leistungserbringung. Leistungen, die nicht in Anspruch genommen worden sind, können der zuständigen Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 5 Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen

- (1) Die Behandlung in Bewegungsbädern kann gruppenweise erfolgen. Dabei sollen Anspruchsberechtigte mit dem gleichen Krankheitsbild zu einer Gruppe zusammengefasst werden. Aufgrund der zahlenmäßigen Größe einer Gruppe darf durch Zusammenfassung derselben der Therapieerfolg nicht gefährdet sein.
- (2) Leistungen im Rahmen des § 23 (2) SGB V dürfen erst nach Ausstellung der Kostenübernahmeverklärung durch die Krankenkasse in anerkannten Kurorten und unter Vorlage der Genehmigungsunterlagen abgegeben und abgerechnet werden. Die inhaltlichen Angaben der Genehmigung insbesondere hinsichtlich des Gültigkeitszeitraumes der Kostenübernahmeverklärung, der Dauer der bewilligten Maßnahme und des jeweils genehmigten Kurortes sind zu beachten. Die Kurmaßnahme ist – sofern in den Genehmigungsunterlagen der jeweiligen Krankenkasse nichts abweichendes ausgeführt ist – innerhalb von zwölf Wochen nach dem Genehmigungstag anzutreten. Die Kostenübernahmeverklärung ist nicht übertragbar.

(3) Bei der Kompaktkur handelt es sich um eine spezielle, qualifizierte ambulante Kurform mit folgenden Merkmalen:

- (a) Die Größe der Gruppe hat mindestens eine Stärke von 5 und darf maximal eine Stärke von 15 Personen haben.
- (b) Stabile Gruppen
- (c) Festgelegte Termine
- (d) Service einer Clearingstelle von der ersten Anfrage bis zur Kurnachsorge
- (e) Hinführung zur Befähigung zu einem eigenverantwortlichen Gesundheitsverhalten
- (f) Indikationsbezogener, interdisziplinärer Therapieplan mit gezielter, individueller Therapie
- (g) Patientenschulung und Training von Alltagssituationen
- (h) Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung
- (i) Interdisziplinärer Qualitätszirkel
- (j) Kompetenzorientiertes Persönlichkeitstraining
- (k) Potentialorientiertes Therapiekonzept unter Berücksichtigung der Salutogenese

§ 6 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

(1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 7 fortzubilden. Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass bei Änderungen der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V im Fortbildungsbereich diese automatisch auch für Leistungserbringer von kurortspezifischen Leistungen und Kompaktkuren gelten. Die Anlage 7 wird von den Vertragspartner ggf. auch während der Laufzeit dieses Rahmenvertrages aktualisiert.

Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 7 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. § 6 Absatz 1 Satz 4 dieses Vertrages gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern / vdek-Landesvertretung Bayern oder des Bayerischen Heilbäderverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

(2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK Bayern / vdek-Landesvertretung Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2009 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab Oktober 2006) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern / vdek-Landesvertretung Bayern eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholteten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

(3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

(4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Regelungen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß

Absatz 3 tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft. Weiterhin besteht Einigkeit darüber, dass das vom Gesetzgeber gemäß § 137 d Abs. 3 SGB V beschriebene einrichtungsinterne Qualitätsmanagement umgesetzt wird, sobald die Vereinbarung der grundsätzlichen Anforderungen hierfür vorliegen.

§ 7 Wahl des Behandlers

Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen / abrechnungsbefugten Leistungserbringern an dem in der Genehmigung der Krankenkasse genannten, anerkannten Kurorten gemäß § 1 (1) Nr. 3 frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht.

§ 8 Vergütung

- (1) Kurortspezifische Leistungen werden nach **Anlage 2 a** vergütet. Die Leistungen für die Gruppenleitung und der Patienten-Gesprächsseminare im Rahmen von Kompaktkuren werden nach **Anlage 2 b** und die individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach **Anlage 2 c** vergütet. Die Preise gelten auch für Versicherte außerbayerischer Krankenkassen.

Für die Vergütung der zu Lasten der Regionalkassen erbrachten Heilmittel gilt die Preisliste mit den entsprechenden Abrechnungskriterien (inklusive Rahmenempfehlungen) zum Rahmenvertrag über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen (RV-MBK). Die Leistungen der physikalischen Therapie sind nach **Anlage 2 d**, soweit der Leistungserbringer hierfür zugelassen bzw. abrechnungsbefugt ist, abzurechnen.

Für die Vergütung der zu Lasten der Ersatzkassen erbrachten Heilmittel gilt die Preisliste mit den entsprechenden Abrechnungskriterien zu den Rahmenverträgen mit den jeweiligen Leistungserbringern der physikalischen Therapie. Diese sind nach **Anlage 2 e**, soweit der Leistungserbringer hierfür zugelassen bzw. abrechnungsbefugt ist, abzurechnen.

Damit sind auch die sächlichen Leistungen abgegolten.

- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des Kostenanteils des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden.
- (3) Die Kosten der erbrachten kurärztlichen Leistungen sind gemäß dem geltenden Kurarztvertrag über den Kurarztschein abzurechnen.

§ 9 Abrechnung

- (1) Die Einzelheiten zum Verfahren der Abrechnung mit dem jeweiligen Kostenträger ergeben sich aus den Anlagen 4 a bzw. 4 b.
- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist der / sind die Leistungserbringergruppenschlüssel (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) gemäß den Anlagen 2 a – e und 3 zu verwenden.

§ 10 Statistiken

(1) Die Leistungserbringer von Kompaktkuren verpflichten sich, jeweils nach einem Jahr, eine Dokumentation vorzulegen, die unter anderem folgende Angaben enthält:

Anzahl der innerhalb eines Jahres

- erbrachten Gesprächsseminare und deren Teilnehmerzahl
- gebildeten Gruppen und deren jeweilige Teilnehmerzahl und
- die Auswertung von Patientenfragebogen.

(2) Die Leistungserbringer von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern jährlich eine Statistik über die Zahl der durchgeführten Seminare und der Teilnehmer.

§ 11 Datenschutz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich zum Datenschutz entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen; er verpflichtet sich, dies seinen Mitarbeitern bekannt zu geben. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse.

§ 12 Beendigung und Widerruf der Zulassung / Abrechnungsbefugnis

Die Zulassung / Abrechnungsbefugnis zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen endet:

1. Mit der Schließung des Betriebes.
2. Mit dem Übergang des Betriebes auf einen neuen Eigentümer.
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.
5. Mit der Beendigung des Erfüllens der Voraussetzungen nach § 1 (1) Nr. 2, 3 und § 6.

§ 13 Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen Ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Leistungserbringer und gegebenenfalls der Heilbäderverband haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, den Krankenkassen bzw. deren Verbänden unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Krankenkassen, deren Verbände und der Heilbäderverband haben das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Betriebe durch Beauftragte

besichtigen zu lassen. Die Vertragsparteien können sich in diesen Fällen gegenseitig verständigen. Dieses Recht erstreckt sich auch auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Behandlungsprotokollen, Verlaufsdokumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind.

- (3) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene Krankenkasse bzw. deren Verband schriftlich verwarnen oder die Zahlung einer angemessene Vertragsstrafe (bis zu 50.000,- Euro) festsetzen. Bei schweren oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Zulassung bzw. Abrechnungsberechtigung widerrufen werden.
- (4) Schadenersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom **01.02.2009** in Kraft. Die Anlagen 1 bis 8 sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens jedoch zum 30.06.2010 schriftlich gekündigt werden. Neben den Verbänden kann jede einzelne Krankenkasse den Vertrag gemäß den Fristen nach Satz 1 kündigen. Die Geltung des Vertrages für die übrigen Vertragspartner wird von einer Kündigung nicht berührt. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.
- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren die bisherigen Verträge über die „Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung während ambulanter Vorsorgeleistungen vom 11.06.1992“ und der im Rahmen ambulanter Kompaktkuren erbrachten Leistungen vom 30.04.1999 in den jeweils gültigen Fassungen ihre Gültigkeit.
- (4) Die Vergütungsvereinbarungen (**Anlagen 2 a - c**) können unabhängig vom Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalendermonats, frühestens jedoch zum 30.06.2010, schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die Wirksamkeit des Rahmenvertrages.

§ 15 Übergang der Vertragshoheit auf den LSV-Sp, Sonderkündigungsrecht

- (1) Voraussichtlich im Jahr 2009 beginnend schließt der LSV-SpV für die LKKen gemäß § 34 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. b KVLG 1989 Verträge nach §§ 125 Abs. 2 SGB V
- (2) Vertragspartner bleibt auch weiterhin der LdL/LdLP, der auch für das operative Vertragsgeschäft alleinig zuständig bleibt. Eine Änderung oder Kündigung des Vertrages kann nur durch den LSV-SpV vorgenommen werden.
- (3) Abweichend von § 14 (Kündigung) dieses Vertrages kann der LSV-SpV den Vertrag aufgrund des Überganges der Vertragshoheit nach Abs. 1 ordentlich mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber dem Vertragspartner zu erfolgen.

München, den 08.10.2008

AOK Bayern, Die Gesundheitskasse

BKK – Landesverband Bayern

Bayer. Heilbäderverband e. V. Bad Füssing

Knappschaft,
Verwaltungsstelle München
Die Gesamtverwaltung

..... Herbert Meyer

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

Vereinigte IKK

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der Landesvertretung Bayern

Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Beitrittserklärung

Die unterzeichnete Einrichtung erklärt Ihren Beitritt zu dem am 08.10.2008 abgeschlossenen Rahmenvertrag (gültig ab 01.02.2009) in der jeweils geltenden Fassung. Sie verpflichtet sich, den Vertrag und die vereinbarte Vergütungsregelung anzuerkennen und bestätigt die Abgabe folgender Leistungen:

- a) kurortspezifische Leistungen

Weiterhin bestätigt die Einrichtung, dass die in den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V aufgeführten Zulassungsvoraussetzungen vorliegen.

Von der Einrichtung werden folgende Positionen abgegeben:

Pos.-Nr.	Bezeichnung
86307 (alt 87119)	Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung für Schwerbehinderte
86308 (alt 86201)	Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung
86202	Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken Einzeln
86303	Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken <i>Gruppe bis max. 5 Pers.</i>
81521	Heublumensack einzeln (keine kleinen Fertigpackungen, Füllung nur einmal verwendet)
86604	Packungen mit natürlichen kurortspezifischen Peloiden - heiß oder kalt -
86608	Große Wickel mit und ohne Zusatz (Kurz-, Unter- und Ganzwickel, Schal, Unter- und Oberaufschläge, Spanischer Mantel)
86609	Mittlere Wickel einzeln, mit und ohne Zusatz (Waden-, Bein-, Lenden- und Brust-Wickel oder Auflagen)
86610	Kleine Wickel einzeln, auch Herzkompressen
86611	Schrothkurpackungen
81601	Arm-/Fußbäder, Güsse, Halbbäder, Blitzgüsse jeweils kalt oder temperiert, Waschungen
81622	Wechselgüsse (2 x wechseln) und Heißgüsse, Wechselseitige- und Armbäder mit und ohne Zusatz, ansteigende Fuß- und Armbäder
81624	Wechselblitz-, Heißblitz und Segmentblitzgüsse, Lumbalgüsse
86703	Kneipp'sche Voll-, Dreiviertel- und Halbbäder mit Zusatz
86708	Sitzbäder mit Zusatz, Wechselbäder
86811	Thermal-Schwefel-Gas-Bad
86813	Kräuter- oder Mineralbad mit Sole und Ruhe
86818 (alt 86816)	Solebad mit natürlicher Sole einschließlich Ruhe
86807 (alt 86817)	Med. Wannenbad und/oder Gashaltiges Bad mit ortsgebundenem Heilwasser einschl. Ruhe
86821	Gashaltiges Kräuter- oder Mineralbad mit Sole und Ruhe
86841	Sauerberg Quellenbad mit Sprudel oder Kohlensäure
86871	Radonwannenbad auch mit natürlicher Mineralkohlensäure ab 01.11.2000
86883	Sauerberg Quellenbad
87008	Jod-Schwefel-Inhalation Aerosol-Augenbad
87012	Rauminhalation oder Apparateinhalation mit örtl. Heilmittel und Medikament
87015	Ultraschallinhalation mit/ohne Medikament
87022	Stollentherapie – Position ansetzbar in Bodenmais

Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

	87118	Abgabe von Klimatherapieeinheiten im Rahmen heilklimatischer Bewegungstherapie (in der Gruppe 1 – 5 Pers.)
	87203	Abgabe von Klimatherapieeinheiten im Rahmen heilklimatischer Bewegungstherapie/Kurgymnastik (in der Gruppe ab 6 Pers.)

b) Kompaktkuren

Von der Einrichtung werden Patienten-Gesprächsseminare angeboten

c) individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Von der Einrichtung werden folgende Seminare angeboten:

- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar
- Ernährungsberatung mit praktischen Übungen
- Raucherentwöhnungsseminar
- Entspannungstechniken
- Bewegungstraining

Ort/ Datum

Name der Einrichtung:

Inhaber/Betreiber

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

IK-Nr.

E-mail-Adresse:

Telefon:

Fax:

Unterschrift des Antragstellers/verantwortlichen Leiters

Anlage 2 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Vergütungsvereinbarung für kurortspezifische Leistungen

Leistungserbringergruppenschlüssel:

für Regionalkassen:

durch zugelassene Massagepraxis und/oder Badebetrieb: 21 02 120

durch zugelassene Krankengymnastikpraxis: 22 02 220

für Ersatzkassen: 28 02 600

§ 1 Vergütung

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können für Verordnungen, bei denen die erste Behandlung nach dem **31.01.2009** stattfindet, folgende Vergütungen berechnet werden:

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro

Bewegungstherapie – Einzelbehandlung

86308	Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung		6,15	0,62
86307	Bewegungsheilbad als kontrollierte Selbstbehandlung für Schwerbehinderte		11,70	1,17
86202	Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken <i>Einzeln</i>		17,65	1,77

Bewegungstherapie - Gruppenbehandlung

86303	Krankengymnastik in Heilwasser in spez. Therapiebecken <i>Gruppe bis max. 5 Pers.</i>		13,10	1,31
-------	---	--	-------	------

Anlage 2 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kuortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Wärme- und Kältetherapie

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
81521	Heublumensack einzeln (keine kleinen Fertigpackungen, Füllung nur einmal verwendet)		12,05	1,21
86604	Packungen mit natürlichen kuortspezifischen Peloiden - heiß oder kalt -	Anmerkung: Diese Position kann nur abgerechnet werden, wenn hierfür eine Zulassung besteht und ausdrücklich vom Arzt verordnet wurde.	15,75	1,58
86608	Große Wickel mit und ohne Zusatz (Kurz-, Unter- und Ganzwickel, Schal, Unter- und Oberaufschläger, Spanischer Mantel)		9,05	0,91
86609	Mittlere Wickel einzeln, mit und ohne Zusatz (Waden-, Bein-, Lenden- und Brust-Wickel oder Auflagen)	Quark oder Lehm	7,75	0,78
86610	Kleine Wickel einzeln, auch Herzkompressen		3,55	0,36
86611	Schrothkurpackungen		7,50	0,75

Hydrotherapie

81601	Arm-/Fußbäder, Güsse, Halbbäder, Blitzgüsse jeweils kalt oder temperiert, Waschungen		3,10	0,31
81622	Wechselgüsse (2 x wechseln) und Heißgüsse, Wechselfuß- u. Armbäder mit u. ohne Zusatz, ansteigende Fuß- u. Armbäder.		6,70	0,67
81624	Wechselblitz-, Heißblitz und Segmentblitzgüsse, Lumbalgüsse		8,05	0,81
86703	Kneipp'sche Voll-, Dreiviertel- und Halbbäder mit Zusatz		13,10	1,31
86708	Sitzbäder mit Zusatz, Wechselbäder		8,20	0,82

Anlage 2 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Medizinische Bäder

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
86811	Thermal-Schwefel-Gas-Bad		9,30	0,93
86813	Kräuter- oder Mineralbad mit Sole und Ruhe		22,40	2,24
86818	Solebad mit natürlicher Sole einschließlich Ruhe		12,10	1,21
86807	Med. Wannenbad und/oder Gashaltiges Bad mit ortsgebundenem Heilwasser einschl. Ruhe		14,85	1,49
86821	Gashaltiges Kräuter- oder Mineralbad mit Sole und Ruhe		25,35	2,54
86841	Sauerberg Quellenbad mit Sprudel oder Kohlensäure		14,20	1,42
86871	Radonwannenbad auch mit natürlicher Mineralkohlensäure		17,20	1,72
86883	Sauerberg Quellenbad		11,90	1,19

Inhalationstherapie

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
87008	Jod-Schwefel-Inhalation Aerosol-Augenbad		6,40	0,64
87012	Rauminhalation oder Apparateinhalation mit örtl. Heilmittel und Medikament	Richtwert: ca. 30 Minuten	10,20	1,02
87015	Ultraschallinhalation Mit/ohne Medikament		11,75	1,18
87022	Stollentherapie	Anmerkung: Position ansetzbar in Bodenmais	13,65	1,37

Anlage 2 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Sonstiges

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Erläuterungen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
87118	Abgabe von Klimatherapieeinheiten im Rahmen heilklimatischer Bewegungstherapie (in der Gruppe 1 – 5 Pers.)	Sie findet nur bei einer heilklimatischen Bewegungstherapie im Rahmen einer Kur in Garmisch-Partenkirchen Verwendung.	29,30	2,93
87203	Abgabe von Klimatherapieeinheiten im Rahmen heilklimatischer Bewegungstherapie/Kurgymnastik (in der Gruppe ab 6 Pers.)	Sie findet nur bei einer heilklimatischen Bewegungstherapie im Rahmen einer Kur in Garmisch-Partenkirchen Verwendung.	24,05	2,41

§ 2
Vergütungsinhalt

- (1) Mit den in § 1 genannten Vergütungen sind alle erforderlichen Aufwendungen (z.B. notwendige Ruhe in ausreichendem Maße und sämtliche Mittel) abgegolten.
- (2) Die angeführten Positionsnummern richten sich nach dem bundeseinheitlichen Schlüsselverzeichnis für Heilmittelpositionen in seiner jeweils geltenden Fassung und sind zu verwenden.
- (3) Für die Abrechnung von Leistungen, die über die in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V vorgesehene Grundausstattung der jeweiligen Betriebsart hinausgehen, ist eine gesonderte Abgabe- und Abrechnungsbefugnis notwendig.
- (4) Ärztliche Verordnungen die keine Detailangaben zur durchzuführenden Leistung enthalten, sind vom Leistungserbringer vor Behandlungsbeginn mit dem verordnenden Arzt abzuklären und die Verordnung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ändern/ergänzen zu lassen.
Bei Verordnungen ohne Abstimmung wird von der Krankenkasse nur die günstigste Behandlungsposition in Ansatz gebracht.

§ 3
Einführung des Datenträgeraustausches

Ab 01.07.1999 wurde der Datenträgeraustausch eingesetzt. Ab diesem Zeitpunkt sind die Ausführungen der Richtlinien zu § 302 SGB V in der jeweils gültigen Ausführung anzuwenden.

§ 4
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vertragsparteien sind sich einig, dass auch künftig für alle Berufsgruppen eine einheitliche Vergütungsstruktur bzw. -vereinbarung abgesprochen wird. Alle bisher bestehenden örtlichen Preisvereinbarungen über kurortspezifische Leistungen treten mit dem Inkrafttreten dieser Preisvereinbarung außer Kraft. Mit Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages und/oder der Preisvereinbarung sind alle bisherigen Absprachen (zum Bsp. Gesprächsprotokolle, Aktenvermerke etc.) hinfällig.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, **frühestens zum 30.06.2010** schriftlich gekündigt werden.
- (3) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Gültigkeit des Rahmenvertrages.

München, 08.10.2008

Bayerischer Heilbäderverband e.V.
Bad Füssing

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband Bayern
LdL Landesdurchführung
Knappschaft
- Verwaltungsstelle München -

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

Vereinigte IKK

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -

Anlage 2 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

**Vergütungsvereinbarung
für Gruppenleitung und Patienten-Gesprächsseminare
im Rahmen von Kompaktkuren**

Leistungserbringergruppenschlüssel:

für Regionalkassen: 66 02 670

für Ersatzkassen: 66 02 001

1. Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen im Rahmen genehmigter ambulanter Kompaktkuren nach § 23 Abs. 2 SGB V können für Verordnungen, bei denen die erste Behandlung **nach dem 31.01.2009** stattfindet, für die Durchführung der nachfolgenden Leistungen folgende Vergütungen berechnet werden:
2. Für die **Gruppenleitung und –betreuung** sind 8,70 EURO (Heilmittelpositionsnummer 8906) pro Patient und Tag (begrenzt auf 6 Tage pro Woche) abrechenbar.
An- und Abreisetag sind als ein Tag abzurechnen.
3. Für die **Patienten-Gesprächsseminare** gelten folgende Vergütungssätze:

- Für ärztliche Referenten/Psychologen: 12,80 € pro Teilnehmer und Vortragseinheit (Heilmittelpos.nr. 8951)
17,90 € pro Teilnehmer und Vortragsdoppeleinheit (Heilmittelpos.nr.8952)
- Für sonstige qualifizierte Fachkräfte: 7,65 € pro Teilnehmer und Vortragseinheit (Heilmittelpos.nr. 8953)
11,25 € pro Teilnehmer und Vortragsdoppeleinheit (Heilmittelpos.nr. 8954)

Notwendige Einzelgespräche sind enthalten.

5. Für Teilnehmer, die nicht Mitglied der GKV sind, sind mindestens die mit der GKV vereinbarten Vergütungssätze zu berechnen.
6. Die vereinbarten Seminarkosten beinhalten die jeweils geltende gesetzliche Mehrwertsteuer.
7. Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, **frühestens zum 30.06.2010** schriftlich gekündigt werden.
8. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Gültigkeit des Rahmenvertrages.

Anlage 2 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

München, den 08.10.2008

Bayerischer Heilbäderverband e.V.

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband Bayern

Die Geschäftsführung

i.A.

Heribert Meyer
Knappschaft, Verwaltungsstelle München

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflege-
kassen in Bayern (LdL/LdLP)

Vereinigte IKK

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -

Anlage 2 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

**Vergütungsvereinbarung
für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung**

Leistungserbringergruppenschlüssel:

für Regionalkassen: 66 02 670

für Ersatzkassen: 66 02 002

1. Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V können für Verordnungen, bei denen die erste Behandlung **nach dem 31.01.2009** stattfindet, für die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung folgende Seminarkosten berechnet werden:

	Heilm. Pos. Nr.	Euro pro Abrech- nungseinheit zu 15 Minuten
a) Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar max. 4 Unterrichtseinheiten (zu je 60. Min. à 13,40 Euro)	8201	3,35
b) Ernährungsberatung mit praktischen Übungen max. 6 Unterrichtseinheiten (zu je 60. Min. à 18,80 Euro)	8901	4,70
c) Raucherentwöhnungsseminar max. 8 Unterrichtseinheiten (zu je 60. Min. à 10,80 Euro)	8301	2,70
d) Entspannungstechniken max. 9 Unterrichtseinheiten (zu je 30. Min. à 8,60 Euro)	8401	4,30
e) Bewegungstraining max. 9 Unterrichtseinheiten (zu je 60. Min. à 8,60 Euro)	8501	2,15

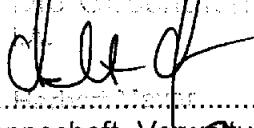
Die vereinbarten Seminarkosten beinhalten die jeweils geltende gesetzliche Mehrwertsteuer.

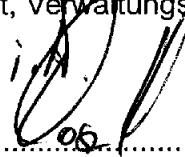
2. Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, **frühestens zum 30.06.2010** schriftlich gekündigt werden.
3. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Gültigkeit des Rahmenvertrages.

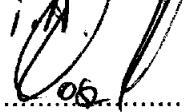
München, den 08.10.2008


Bayerischer Heilbäuererverband e.V.

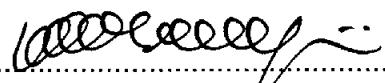

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse


BKK Landesverband Bayern
Die Gesundheitskasse

Baden-Württemberg


Knappschaft, Verwaltungsstelle München


Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflege-
kassen in Bayern (LdL/LdLP)


Vereinigte IKK


Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -

Preisliste MBK Zuzahlung

ab 01.06.2006

Stand: 14.08.2006

	PosNr.	Vergütung EURO	Zuzah- lung EURO	2 Therapien	3 Therapien	4 Therapien	5 Therapien	6 Therapien	7 Therapien	8 Therapien	9 Therapien	10 Therapien	11 Therapien	12 Therapien
UWM	x0102	16,15 €	1,62 €	3,24 €	4,86 €	6,48 €	8,10 €	9,72 €	11,34 €	12,96 €	14,58 €	16,20 €	17,82 €	19,44 €
Massage (KMT)	x0106	10,00 €	1,00 €	2,00 €	3,00 €	4,00 €	5,00 €	6,00 €	7,00 €	8,00 €	9,00 €	10,00 €	11,00 €	12,00 €
Massage (BGM)	x0107	9,90 €	0,99 €	1,98 €	2,97 €	3,96 €	4,95 €	5,94 €	6,93 €	7,92 €	8,91 €	9,90 €	10,89 €	11,88 €
Massage Reflexzonen	x0108	9,90 €	0,99 €	1,98 €	2,97 €	3,96 €	4,95 €	5,94 €	6,93 €	7,92 €	8,91 €	9,90 €	10,89 €	11,88 €
Lymph groß	x0201	19,65 €	1,97 €	3,94 €	5,91 €	7,88 €	9,85 €	11,82 €	13,79 €	15,76 €	17,73 €	19,70 €	21,67 €	23,64 €
Lymphdrainage Ganzb.	x0202	28,80 €	2,88 €	5,76 €	8,64 €	11,52 €	14,40 €	17,28 €	20,16 €	23,04 €	25,92 €	28,80 €	31,68 €	34,56 €
Kompr.behand.	x0204	6,00 €	0,60 €	1,20 €	1,80 €	2,40 €	3,00 €	3,60 €	4,20 €	4,80 €	5,40 €	6,00 €	6,60 €	7,20 €
Lymph teil	x0205	12,40 €	1,24 €	2,48 €	3,72 €	4,96 €	6,20 €	7,44 €	8,68 €	9,92 €	11,16 €	12,40 €	13,64 €	14,88 €
Bew.Ubungen -einzel	x0301	5,20 €	0,52 €	1,04 €	1,56 €	2,08 €	2,60 €	3,12 €	3,64 €	4,16 €	4,68 €	5,20 €	5,72 €	6,24 €
"/Kg bewbad	x0305	15,90 €	1,59 €	3,18 €	4,77 €	6,36 €	7,95 €	9,54 €	11,13 €	12,72 €	14,31 €	15,90 €	17,49 €	19,08 €
Chirogymn	x0306	9,45 €	0,95 €	1,90 €	2,85 €	3,80 €	4,75 €	5,70 €	6,65 €	7,60 €	8,55 €	9,50 €	10,45 €	11,40 €
Bewegungsth.Gruppe	x0401	3,90 €	0,39 €	0,78 €	1,17 €	1,56 €	1,95 €	2,34 €	2,73 €	3,12 €	3,51 €	3,90 €	4,29 €	4,68 €
Grp - 3	x0402	11,55 €	1,16 €	2,32 €	3,48 €	4,64 €	5,80 €	6,96 €	8,12 €	9,28 €	10,44 €	11,60 €	12,76 €	13,92 €
Grp - 5	x0405	7,50 €	0,75 €	1,50 €	2,25 €	3,00 €	3,75 €	4,50 €	5,25 €	6,00 €	6,75 €	7,50 €	8,25 €	9,00 €
KG	x0501	13,60 €	1,36 €	2,72 €	4,08 €	5,44 €	6,80 €	8,16 €	9,52 €	10,88 €	12,24 €	13,60 €	14,96 €	16,32 €
KG am Gerät	x0507	25,05 €	2,51 €	5,02 €	7,53 €	10,04 €	12,55 €	15,06 €	17,57 €	20,08 €	22,59 €	25,10 €	27,61 €	30,12 €
KG Grp 2-5P	x0601	4,10 €	0,41 €	0,82 €	1,23 €	1,64 €	2,05 €	2,46 €	2,87 €	3,28 €	3,69 €	4,10 €	4,51 €	4,92 €
KG Muco Einz	x0702	40,40 €	4,04 €	8,08 €	12,12 €	16,16 €	20,20 €	24,24 €	28,28 €	32,32 €	36,36 €	40,40 €	44,44 €	48,48 €
KG neuro Kind Bobath	x0708	21,90 €												
KG neuro Kind Vojta	x0709	21,90 €												
KG neuro Erw. Bobath	x0710	16,80 €	1,68 €	3,36 €	5,04 €	6,72 €	8,40 €	10,08 €	11,76 €	13,44 €	15,12 €	16,80 €	18,48 €	20,16 €
KG neuro Erw. Vojta	x0711	16,80 €	1,68 €	3,36 €	5,04 €	6,72 €	8,40 €	10,08 €	11,76 €	13,44 €	15,12 €	16,80 €	18,48 €	20,16 €
KG neuro Erw. PNF	x0712	16,80 €	1,68 €	3,36 €	5,04 €	6,72 €	8,40 €	10,08 €	11,76 €	13,44 €	15,12 €	16,80 €	18,48 €	20,16 €
KG Grp Ki	x0805	7,15 €												
KG im Bad Einz.	x0902	15,90 €	1,59 €	3,18 €	4,77 €	6,36 €	7,95 €	9,54 €	11,13 €	12,72 €	14,31 €	15,90 €	17,49 €	19,08 €
Gruppe 2-3	x1004	11,55 €	1,16 €	2,32 €	3,48 €	4,64 €	5,80 €	6,96 €	8,12 €	9,28 €	10,44 €	11,60 €	12,76 €	13,92 €
Gruppe 4-5	x1005	7,50 €	0,75 €	1,50 €	2,25 €	3,00 €	3,75 €	4,50 €	5,25 €	6,00 €	6,75 €	7,50 €	8,25 €	9,00 €
Traktion mit Gerät	x1104	4,10 €	0,41 €	0,82 €	1,23 €	1,64 €	2,05 €	2,46 €	2,87 €	3,28 €	3,69 €	4,10 €	4,51 €	4,92 €
man Therapie	x1201	14,90 €	1,49 €	2,98 €	4,47 €	5,96 €	7,45 €	8,94 €	10,43 €	11,92 €	13,41 €	14,90 €	16,39 €	17,88 €
Elektrobeh	x1302	4,15 €	0,42 €	0,84 €	1,26 €	1,68 €	2,10 €	2,52 €	2,94 €	3,36 €	3,78 €	4,20 €	4,62 €	5,04 €
Elektrostimul. Lähmung	x1303	9,35 €	0,94 €	1,88 €	2,82 €	3,76 €	4,70 €	5,64 €	6,58 €	7,52 €	8,46 €	9,40 €	10,34 €	11,28 €
Vierzellenbad	x1310	7,80 €	0,78 €	1,56 €	2,34 €	3,12 €	3,90 €	4,68 €	5,46 €	6,24 €	7,02 €	7,80 €	8,58 €	9,36 €
Hydroel.Bad	x1312	12,60 €	1,26 €	2,52 €	3,78 €	5,04 €	6,30 €	7,56 €	8,82 €	10,08 €	11,34 €	12,60 €	13,86 €	15,12 €
Wärmpack	x1501	8,25 €	0,83 €	1,66 €	2,49 €	3,32 €	4,15 €	4,98 €	5,81 €	6,64 €	7,47 €	8,30 €	9,13 €	9,96 €
Wärmeanw.	x1517	2,50 €	0,25 €	0,50 €	0,75 €	1,00 €	1,25 €	1,50 €	1,75 €	2,00 €	2,25 €	2,50 €	2,75 €	3,00 €
Heiße Rolle	x1530	7,15 €	0,72 €	1,44 €	2,16 €	2,88 €	3,60 €	4,32 €	5,04 €	5,76 €	6,48 €	7,20 €	7,92 €	8,64 €
Ultraschall-Wärmeth.	x1531	7,15 €	0,72 €	1,44 €	2,16 €	2,88 €	3,60 €	4,32 €	5,04 €	5,76 €	6,48 €	7,20 €	7,92 €	8,64 €
Vollbad	x1532	30,65 €	3,07 €	6,14 €	9,21 €	12,28 €	15,35 €	18,42 €	21,49 €	24,56 €	27,63 €	30,70 €	33,77 €	36,84 €
Teilbad	x1533	21,55 €	2,16 €	4,32 €	6,48 €	8,64 €	10,80 €	12,96 €	15,12 €	17,28 €	19,44 €	21,60 €	23,76 €	25,92 €
Kältetherapie	x1534	4,40 €	0,44 €	0,88 €	1,32 €	1,76 €	2,20 €	2,64 €	3,08 €	3,52 €	3,96 €	4,40 €	4,84 €	5,28 €
Kohlensäurebad	x1714	12,60 €	1,26 €	2,52 €	3,78 €	5,04 €	6,30 €	7,56 €	8,82 €	10,08 €	11,34 €	12,60 €	13,86 €	15,12 €
Kohlens.gasbad (Voll)	x1732	12,60 €	1,26 €	2,52 €	3,78 €	5,04 €	6,30 €	7,56 €	8,82 €	10,08 €	11,34 €	12,60 €	13,86 €	15,12 €
Kohlens.gasbad (Teil)	x1733	12,60 €	1,26 €	2,52 €	3,78 €	5,04 €	6,30 €	7,56 €	8,82 €	10,08 €	11,34 €	12,60 €	13,86 €	15,12 €
Teildampf/Inhal	x1801	5,60 €	0,56 €	1,12 €	1,68 €	2,24 €	2,80 €	3,36 €	3,92 €	4,48 €	5,04 €	5,60 €	6,16 €	6,72 €
Geburtsvorbereitung	x1901	5,45 €												
D1	x2001	30,50 €	3,05 €	6,10 €	9,15 €	12,20 €	15,25 €	18,30 €	21,35 €	24,40 €	27,45 €	30,50 €	33,55 €	36,60 €

Preisliste MBK Zuzahlung

ab 01.06.2006

Stand: 14.08.2006

	PosNr.	Vergü-tung EURO	Zuzah-lung EURO	2 Therapien	3 Therapien	4 Therapien	5 Therapien	6 Therapien	7 Therapien	8 Therapien	9 Therapien	10 Therapien	11 Therapien	12 Therapien
Hausbesuch	x9901	7,75 €	0,78 €	1,56 €	2,34 €	3,12 €	3,90 €	4,68 €	5,46 €	6,24 €	7,02 €	7,80 €	8,58 €	9,36 €
Hausb.-Pauschale	x9936	4,60 €	0,46 €	0,92 €	1,38 €	1,84 €	2,30 €	2,76 €	3,22 €	3,68 €	4,14 €	4,60 €	5,06 €	5,52 €
Nur für Hausbesuche Zugelassene:														
Hausbesuch	x9914	4,59 €	0,46 €	0,92 €	1,38 €	1,84 €	2,30 €	2,76 €	3,22 €	3,68 €	4,14 €	4,60 €	5,06 €	5,52 €
Hausb.-Pauschale	x9913	2,75 €	0,28 €	0,56 €	0,84 €	1,12 €	1,40 €	1,68 €	1,96 €	2,24 €	2,52 €	2,80 €	3,08 €	3,36 €
Wegegebühr (nur für Positionen x9901 und x9914)	x9907	0,30 €	0,03 €	0,06 €	0,09 €	0,12 €	0,15 €	0,18 €	0,21 €	0,24 €	0,27 €	0,30 €	0,33 €	0,36 €

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Vergütungsvereinbarung für Massagepraxen, medizinische Badebetriebe und krankengymnastische Einrichtungen

Leistungserbringergruppenschlüssel:

durch zugelassene Massagepraxis und Badebetrieb: **21 02 120**
durch zugelassene Krankengymnastikpraxis: **22 02 220**

Erste Stelle der Heilmittelpositionsnummer:

Leistungen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten
Vorsorgeleistungen: **8**

**§ 1
Preisvereinbarung**

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen können für alle Verordnungen, bei denen die erste Behandlung nach dem **31.03.2009** stattfindet, folgende Vergütungen abgerechnet werden:

01 Massagen

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Bade-betriebe/Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Kranken-gymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
	Massagetherapie Massage einzelner oder mehrerer Körperteile					
X0106	Klassische Massage-therapie (KMT)	Richtwert: 15 – 20 Min.	G	G	10,15	1,02
X0107	Bindegewebsmassage (BGM)	20 – 30 Min.	G	G	9,90	0,99
X0108	Segment-, Periost- und Colonmassage	15 – 20 Min.	G	G	9,90	0,99
X0102	Unterwasserdruckstrahl-Massage (UWM) (Preis schließt die erforderliche Nachruhe von 20 – 25 Min ein)	15 – 20 Min.	Z	Z	16,15	1,62

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

02 Manuelle Lymphdrainage - MLD

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Bade-betriebe/ Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Kranken-gymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
	<u>Manuelle Lymphdrainage</u>					
X0205	Teilbehandlung	Richtwert: 30 Min.	F	F	12,67	1,27
X0201	Großbehandlung	45 Min.	F	F	20,02	2,00
X0202	Ganzbehandlung	60 Min.	F	F	29,31	2,93
X0204	Kompressionsbe-handlung einer Extremität (nach ärztlicher Verord-nung nur in Verbindung mit den Positionen der Lymphdrainage)		F	F	6,17	0,62

03-04 Übungsbehandlungen

	<u>Übungsbehandlung</u>					
X0301	Einzelbehandlung (z. B. Übungsbehandlungen und Mobilitätstraining)	Richtwert: 10 – 20 Min.	G	G	5,20	0,52
X0401	Gruppenbehandlung 2-5 Patienten	10 – 20 Min.	Z	G	3,90	0,39
	Übungsbehandlung im Bewegungsbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe von 20 – 25 Min. ein)					
X0305	Einzelbehandlung	Richtwert: 20 – 30 Min.	Z	Z	15,90	1,59
X0402	Gruppenbehandlung 2 – 3 Patienten	20 – 30 Min.	Z	Z	11,55	1,16
X0405	Gruppenbehandlung 4 – 5 Patienten	20 – 30 Min.	Z	Z	7,50	0,75
X0306	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulen-gymnastik)	15 – 20 Min.	Z + F1	Z + F1	9,45	0,95

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

05-10 Krankengymnastik - KG

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Badebetriebe/ Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Krankengymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X0501	Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage Einzelbehandlung	Richtwert: 15 – 25 Min.	-	G	13,80	1,38
X0601	Krankengymnastik in der Gruppe (2 – 5 Patienten)	20 – 30 Min.	-	G	4,10	0,41
X0805	Krankengymnastik in der Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2 – 4 Kinder)	20 – 30 Min.	-	F1	7,15	0,00
	Krankengymnastik im Bewegungsbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe von 20 – 25 Min. ein)	Richtwert: 20 – 30 Min.				
X0902	Einzelbehandlung		-	Z	15,90	1,59
X1004	Gruppenbehandlung mit 2 – 3 Patienten		-	Z	11,55	1,16
X1005	Gruppenbehandlung mit 4 – 5 Patienten		-	Z	7,50	0,75
X0702	Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	60 Min.	-	F1	41,40	4,14
X0507	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen	60 Min. je Patient	-	Z + F	25,50	2,55
X0708	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Bobath Einzelbehandlung längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	30 – 45 Min.	-	F	22,30	0,00

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Badebetriebe/ Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Krankengymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X0709	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Vojta Einzelbehandlung längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	30 – 45 Min.	-	F	22,30	0,00
X0710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Bobath als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	F	17,12	1,71
X0711	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Vojta als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	F	17,12	1,71
X0712	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, - nach PNF als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	F	17,12	1,71

12 Manuelle Therapie

X1201	Manuelle Therapie	Richtwert: 15 – 25 Min.	F1*	F1	15,19	1,52
-------	-------------------	----------------------------	-----	----	-------	------

* Bei den Masseuren und/oder Masseuren und med. Bademeistern findet die Rechtsprechung des LSG München Anwendung, solange keine anderweitige höchstrichterliche Rechtsprechung vorliegt.

11 Traktionsbehandlungen

X1104	Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung	Richtwert: 10 – 20 Min.	- Besitzstands-wahrung für Altfälle*	G	4,10	0,41
-------	--	----------------------------	--------------------------------------	---	------	------

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

13 Elektrotherapie

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Bade-betriebe/Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Kranken-gymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X1302	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile	Richtwert: 10 – 20 Min.	Z	Z	4,15	0,42
X1303	Elektrostimulation bei Lähmungen (Preis unabhängig von der Anzahl der behandelten Muskelnerveinheiten)	5 – 10 Min. je Muskelnerv-einheit	Z1	Z1	9,35	0,94
X1312	Hydroelektrisches Voll-Bad (z. B. Stangerbad) (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	10 – 20 Min.	Z	Z	12,60	1,26
X1310	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	10 – 20 Min.	Z	Z	7,80	0,78

17 Medizinische Bäder

X1732	Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad	Richtwert 10 – 20 Min.	Z	Z	12,60	1,26
X1733	Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad	Richtwert 45 – 60 Min.	Z	Z	12,60	1,26
X1714	Kohlensäurebad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	Richtwert: 10 – 20 Min.	Z	Z	12,60	1,26

18 Inhalationstherapie

X1801	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung	Richtwert: 5 – 30 Min.	Z	Z	5,60	0,56
-------	--	---------------------------	---	---	------	------

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

15 Thermotherapie

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Bade-betriebe/ Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Kranken-gymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X1517	Wärmeanwendung mittels Heißluft als strahlende Wärme zur Muskel-detonisierung und Schmerzlinderung bei einem oder mehreren Körperteilen	Richtwert: 10 – 20 Min.	G	G	2,50	0,25
X1501	Wärmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	20 – 30 Min.	G	Z	8,25	0,83
X1530	Heiße Rolle	10 – 15 Min.	G	G	7,15	0,72
X1531	Ultraschall-Wärmetherapie (einzelner oder mehrerer Körperteile)	10 – 20 Min.	Z	Z	7,15	0,72
	<u>Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor</u>	Richtwert:				
X1533	Teilbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	15 – 45 Min.	Z	Z	21,55	2,16
X1532	Vollbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	15 – 45 Min.	Z	Z	30,65	3,07
X1534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen	5 – 10 Min.	Z	G	4,40	0,44

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

20 Kombinationsleistungen

Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie („Standardisierte Heilmittelkombination“)						
X2001	D1	60 Min.	-	G, Z + F1 + F entsprechend der evtl. Spezifizierung durch Arzt	31,03	3,10

19 Sonstiges

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel-behandlungszeit	Ausstattung/Fortbildung Bade-betriebe/Massage-praxen	Ausstattung/Fortbildung Kranken-gymnastik-praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10% Euro
X1901	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung	60 Min. max. 14 Stunden	-	G	5,71	0,00

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

99 Hausbesuch/Wegegeld

Hausbesuch:

X9901	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch eines Patienten</p> <p>Die Hausbesuchsgebühr kann pro Behandlungstag einmal für einen Patient berechnet werden.</p> <p>Daneben ist die Wegegebühr (X9907) abrechnungsfähig.</p> <p>Grundsätzlich ist der (die) von der Patientenwohnung ausgehend nächstpraktizierende Vertragsbeandler(in) verpflichtet, die ärztlich verordnete Hausbehandlung durchzuführen.</p>				7,95	0,80
X9936	<p>Hausbesuchs-Pauschale</p> <p>abzurechnen, wenn <u>zwei oder mehrere Patienten in einem gleichen Haushalt, derselben Anschrift und/ oder derselben Einrichtung</u> (auch wenn über mehrere Gebäude/Hausnummern verteilt) an einem Behandlungstag therapiert werden.</p> <p>Sie ist für jeden <u>Patienten pro Behandlungstag</u> einmal abrechenbar.</p> <p>Diese Pauschale beinhaltet die Wegegebühr. Die Wegegebühr ist neben der Pauschale nicht gesondert abrechnungsfähig.</p>				4,60	0,46

Anlage 2 d zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Für die in der Vergangenheit im Rahmen von Ausnahmeregelungen nur für Hausbesuche Zugelassenen gilt:

X9914	<p>Ärztlich verordneter Hausbesuch eines Patienten</p> <p>Die Hausbesuchsgebühr kann pro Behandlungstag einmal für einen Patient berechnet werden.</p> <p>Daneben ist die Wegegebühr (X9907) abrechnungsfähig.</p> <p>Grundsätzlich ist der (die) von der Patientenwohnung ausgehend nächstpraktizierende Vertragsbeandler(in) verpflichtet, die ärztlich verordnete Hausbehandlung durchzuführen.</p>				4,59	0,46
X9913	<p>Hausbesuchs-Pauschale</p> <p>abzurechnen, wenn <u>zwei oder mehrere Patienten in einem gleichen Haushalt, derselben Anschrift und/ oder derselben Einrichtung (auch wenn über mehrere Gebäude/Hausnummern verteilt) an einem Behandlungstag therapiert werden.</u></p> <p>Sie ist für jeden <u>Patienten pro Behandlungstag</u> einmal abrechenbar.</p> <p>Diese Pauschale beinhaltet die Wegegebühr. Die Wegegebühr ist neben der Pauschale nicht gesondert abrechnungsfähig.</p>				2,75	0,28

Wegegebühren:

X9907	<p>Wegegebühr je gefahrenen km bei Besuch eines Patienten</p> <p>Diese Position kann <u>nur</u> neben der Pos. ärztlich verordneter Hausbesuch (x9901 bzw. x9914) berechnet werden.</p> <p>(kaufmännisch gerundet auf volle km -ohne Kommastellen-)</p>				0,35	0,04
-------	--	--	--	--	------	------

Anmerkung:

G = Grundausstattung

Z = Zusatzausstattung entsprechend den Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V

Z1 = Zusatzausstattung entsprechend des Anhanges

F = Fortbildung entsprechend der Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V

F1 = Fortbildung entsprechend des Anhanges

Anhang: Fortbildungen und Ausstattungen

Chiro-Gymnastik X 0306 (F1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist seit dem 01.08.1996 der Nachweis einer von den Vertragspartnern anerkannten abgeschlossenen speziellen Weiterbildung von mind. 160 Std. mit Abschlussprüfung (Übergangsregelung bis zur Aufnahme der Fortbildung in den Rahmenempfehlungen).

Krankengymnastik bei cerebralen Dysfunktionen X 0805 (F1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist der Nachweis über einen abgeschlossenen speziellen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u.ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie.

KG zur Behandlung von Mucoviscidose X 0702 (F1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist neben einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung der Nachweis über einen abgeschlossenen und anerkannten Fortbildungslehrgang für die Mucoviscidosebehandlung von mind. 30 Std.

**Gerätetechnische Voraussetzungen zur Abgabe von Elektrostimulation nach Lähmungen
- Pos. -Nr. x1303 - (Z1)**

- Niederfrequente galvanische Ströme mit definierten Impulsen (Dreieck-, Exponential- oder Rechteckimpuls) und Intervallen und der individuellen Anpassung der Reizparameter an den/die geschädigten Muskel/n,
- Erstellung einer Intensitäts-/Reizzeit-Kurve (It-Kurve).

Leistungsinhalte Positionen X1532 und X1533

(Teil- und Vollbad mit Peloiden, z.B. Fango, Schlick oder Moor)

- Ergänzend zu den Regelungen der Leistungsbeschreibung physikalischer Therapie zu den o.g. Positionen stimmen die Berufsverbände mit den Krankenkassenverbänden überein, dass diese Leistungen nur erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn hierfür mindestens 33% des Wannenvolumens an Peloiden (Fango, Moor, Schlick oder Pelose) verwendet werden.
- Wird ein Moorbreibad nach dem „Flexiwann-System“ oder „Soft-Pack-System II“ (der Fa. Haslauer) einschließlich spezieller Aufbereitungstechnik angewandt, dann sind bei einem Vollbad 25 – 30 l aufbereiteter Moorbrei zu verwenden.
- Das „Soft-Pack-System I“ (der Fa. Haslauer) und ähnliche Systeme können nicht anstelle eines Moorbreibades verwendet werden.

§ 2
Vergütungsinhalt

- (1) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Der Aufwand für die Mitteilung an den Arzt ist für den Gültigkeitszeitraum der Preisliste in den Gebühren enthalten.
- (2) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung **Anlage 1 a** zu den Rahmenempfehlungen.
- (3) Die angeführten Positionsnummern richten sich nach dem bundeseinheitlichen Schlüsselverzeichnis für Heilmittelpositionen in seiner jeweils geltenden Fassung und sind ab 1. Januar 1995 zu verwenden. Die erste Stelle (X) der Positionsnummer beschreibt den Leistungserbringer; wird die Leistung durch einen **Massage- oder medizinischen Badebetrieb** erbracht, ist die **Ziffer 1** anzugeben. Dies gilt auch, wenn **krankengymnastische Leistungen erbracht werden**. Werden **physiotherapeutische Leistungen** durch eine zugelassene **krankengymnastische Einrichtung** erbracht, ist als erste Stelle die **Ziffer 2** anzugeben. Werden Leistungen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen an einem anerkannten Kurort erbracht, so ist an der ersten Stelle der Positionsnummer die **Ziffer 8** anzugeben.
- (4) Für die Abrechnung von Leistungen, die über die in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V vorgesehenen Grundausstattung der jeweiligen Betriebsart hinausgehen, ist eine gesonderte Abrechnungsbzv. Abgabebefugnis gemäß der Anlage 3 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V notwendig.
- (5) Ärztliche Verordnungen, die keine Detailangaben zur durchzuführenden Leistung enthalten (z. B. Wärmetherapie – anstatt „Heißluft“ oder „KG auf neurophysiologischer Grundlage“), sind vom Leistungserbringer vor der Behandlung mit dem Arzt abzuklären.
Bei Verordnungen ohne Abstimmung wird von der Krankenkasse nur die günstigste Behandlungsposition in Ansatz gebracht.
- (6) Auf die vorherige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wird von den Krankenkassen derzeit verzichtet. Voraussetzung dafür ist, dass jede Verordnung, die vom Arzt als außerhalb des Regelfalls gekennzeichnet ist, die vom Arzt erforderliche medizinische Begründung auf der Verordnung beinhaltet. Bei fehlender Begründung wird der Behandler an den Arzt mit der Bitte um Ergänzung der Verordnung herantreten. Sollte der Arzt dieser Bitte nicht nachkommen, vermerkt der Therapeut dieses auf der Verordnung.
- (7) Eine vom Arzt nicht näher spezifizierte Verordnung über die standardisierte Heilmittelkombination (D1) kann vom zugelassenen Vertragspartner nur dann angenommen und ausgeführt werden, wenn die Zulassung bzw. Abgabe- und Abrechnungsbefugnis für mindestens eine im Heilmittelkatalog genannte aktive Maßnahme (KG, KG-Gerät oder MT) vorhanden ist.
Es müssen mindestens drei verschiedene Maßnahmen (davon mindestens eine aktive Maßnahme) im Rahmen der standardisierten Heilmittelkombination erbracht werden, für die entsprechende Abgabe- und Abrechnungsbefugnisse vorhanden sein müssen.

Wird vom Arzt D1 verordnet und werden darüber hinaus spezielle Angaben zu Therapien/Geräten gemacht, kann nur der Therapeut die Verordnung annehmen, der eine dementsprechende Zulassung bzw. Abgabe- und Abrechnungsbefugnis für die verordneten einzelnen Leistungen hat.
Alle vom Arzt einzeln aufgeführten Maßnahmen der Standardisierten Heilmittelkombination sind zu erbringen und mit der Pos.-Nr. x2001 abzurechnen.

§ 3
Datenträgeraustausch

Die Richtlinien zu § 302 SGB V in der jeweils gültigen Version sind bindend.

§ 4
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vergütungsvereinbarung tritt am **01.04.2009** in Kraft. Die ab **01.04.2009** erhöhten Vergütungen können für die Rezepte abgerechnet werden, bei denen die erste Behandlung nach dem **31.03.2009** stattfindet.
- (2) Die Vertragsparteien sind sich einig, dass auch künftig für alle Berufsgruppen eine einheitliche Vergütungsstruktur bzw. -vereinbarung abgesprochen wird.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, **frühestens zum 31.03.2010**, mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Im nächsten Vereinbarungszeitraum können strukturelle Änderungen verhandelt werden.
- (4) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Gültigkeit des Rahmenvertrages.

		Vergüt. lung PosNr.	Zuzah- lung EURO	2 Therapien	3 Therapien	4 Therapien	5 Therapien	6 Therapien	7 Therapien	8 Therapien	9 Therapien	10 Therapien	11 Therapien	12 Therapien
UWM	x0102	16,15€	1,62€	3,24€	4,96€	6,48€	8,10€	9,72€	11,34€	12,96€	14,58€	16,20€	17,82€	19,44€
Massage (KMT)	x0106	9,15€	1,02€	2,04€	3,06€	4,08€	5,10€	6,12€	7,14€	8,16€	9,18€	10,20€	11,22€	12,24€
Massage (BGM)	x0107	9,90€	0,99€	1,98€	2,97€	3,96€	4,95€	5,94€	6,93€	7,92€	8,91€	9,90€	10,89€	11,88€
Massage Reflexzonen	x0108	9,90€	0,99€	1,98€	2,97€	3,96€	4,95€	5,94€	6,93€	7,92€	8,91€	9,90€	10,89€	11,88€
Lymph groß	x0201	20,02€	2,00€	4,00€	6,00€	8,00€	10,00€	12,00€	14,00€	16,00€	18,00€	20,00€	22,00€	24,00€
Lymphdrainage Ganzheit.	x0202	29,31€	2,93€	5,86€	8,79€	11,72€	14,65€	17,58€	20,51€	23,44€	26,37€	29,30€	32,23€	35,16€
Kompr behand.	x0204	6,17€	0,62€	1,24€	1,86€	2,48€	3,10€	3,72€	4,34€	4,96€	5,58€	6,20€	6,82€	7,44€
Lymph teil	x0205	12,67€	1,27€	2,54€	3,81€	5,08€	6,35€	7,62€	8,89€	10,16€	11,43€	12,70€	13,97€	15,24€
Übungsbehandlung	x0301	5,20€	0,52€	1,04€	1,56€	2,08€	2,60€	3,12€	3,64€	4,16€	4,68€	5,20€	5,72€	6,24€
7-Beweglbad	x0305	15,90€	1,59€	3,18€	4,77€	6,36€	7,95€	9,54€	11,13€	12,72€	14,31€	15,90€	17,49€	19,08€
Chirgymnastik	x0401	9,45€	0,95€	1,90€	2,85€	3,80€	4,75€	5,70€	6,65€	7,60€	8,55€	9,50€	10,45€	11,40€
Übungsbeh. Gruppe	x0402	11,55€	1,16€	2,32€	3,48€	4,64€	5,80€	6,96€	8,12€	9,28€	10,44€	11,60€	12,76€	13,92€
Gruppe - 3 Pers.	x1405	7,50€	0,75€	1,50€	2,25€	3,00€	3,75€	4,50€	5,25€	6,00€	6,75€	7,50€	8,25€	9,00€
KG	x0501	13,80€	1,38€	2,76€	4,14€	5,52€	6,90€	8,28€	9,66€	11,04€	12,42€	13,80€	15,18€	16,56€
KG am Gerät	x0507	25,50€	2,55€	5,10€	7,65€	10,20€	12,75€	15,30€	17,85€	20,40€	22,95€	25,50€	28,05€	30,60€
KG Gruppe 2-5 Pers.	x0601	4,10€	0,41€	0,82€	1,23€	1,64€	2,05€	2,46€	2,87€	3,28€	3,69€	4,10€	4,51€	4,92€
KG Muco Einzel	x0702	41,40€	4,14€	8,28€	12,42€	16,56€	20,70€	24,84€	28,98€	33,12€	37,26€	41,40€	45,54€	49,68€
KG neuro Kind Bobath	x0708	22,30€		0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
KG neuro Kind Voita	x0709	22,30€		0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
KG neuro Bobath	x0710	17,12€	1,71€	3,42€	5,13€	6,84€	8,55€	10,26€	11,97€	13,68€	15,39€	17,10€	18,81€	20,52€
KG neuro Voita	x0711	17,12€	1,71€	3,42€	5,13€	6,84€	8,55€	10,26€	11,97€	13,68€	15,39€	17,10€	18,81€	20,52€
KG neuro PNF	x0712	17,12€	1,71€	3,42€	5,13€	6,84€	8,55€	10,26€	11,97€	13,68€	15,39€	17,10€	18,81€	20,52€
KG Gr. Kind cerebr. Dysf.	x0802	7,15€		0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
KG im Bewbad Einz.	x0902	15,90€	1,59€	3,18€	4,77€	6,36€	7,95€	9,54€	11,13€	12,72€	14,31€	15,90€	17,49€	19,08€
KG Bewbad Gruppe 2-3	x1004	11,55€	1,16€	2,32€	3,48€	4,64€	5,80€	6,96€	8,12€	9,28€	10,44€	11,60€	12,76€	13,92€
KG Bewbad Gruppe 4-5	x1005	7,50€	0,75€	1,50€	2,25€	3,00€	3,75€	4,50€	5,25€	6,00€	6,75€	7,50€	8,25€	9,00€
Traktion mit Gerät	x1104	4,10€	0,41€	0,82€	1,23€	1,64€	2,05€	2,46€	2,87€	3,28€	3,69€	4,10€	4,51€	4,92€
Manuelle Therapie	x1201	15,19€	1,52€	3,04€	4,56€	6,08€	7,60€	9,12€	10,64€	12,16€	13,68€	15,20€	16,72€	18,24€
Elektrother.	x1302	4,15€	0,42€	0,84€	1,26€	1,68€	2,10€	2,52€	2,94€	3,36€	3,78€	4,20€	4,62€	5,04€
Elektrostimul. Lähmung	x1303	9,35€	0,94€	1,88€	2,82€	3,76€	4,70€	5,64€	6,58€	7,52€	8,46€	9,40€	10,34€	11,28€
Vierzellenbad	x1310	7,80€	0,78€	1,56€	2,34€	3,12€	3,90€	4,68€	5,46€	6,24€	7,02€	7,80€	8,58€	9,36€
Hydroel.Bad	x1312	12,60€	1,26€	2,52€	3,78€	5,04€	6,30€	7,56€	8,82€	10,08€	11,34€	12,60€	13,86€	15,12€
Wärmpack	x1501	8,25€	0,83€	1,66€	2,49€	3,32€	4,15€	4,98€	5,81€	6,64€	7,47€	8,30€	9,13€	9,96€
Wärmeanw.	x1517	2,50€	0,25€	0,50€	0,75€	1,00€	1,25€	1,50€	1,75€	2,00€	2,25€	2,50€	2,75€	3,00€
Heiße Rolle	x1530	7,15€	0,72€	1,44€	2,16€	2,88€	3,60€	4,32€	5,04€	5,76€	6,48€	7,20€	7,92€	8,64€
Ultraschall-Wärmether.	x1532	30,65€	3,07€	6,14€	9,21€	12,28€	15,35€	18,42€	21,49€	24,56€	27,33€	30,70€	33,77€	36,84€
Volbad	x1533	21,55€	2,16€	4,32€	6,48€	8,64€	10,80€	12,96€	15,12€	17,28€	19,44€	21,60€	23,76€	25,92€
Kältetherapie	x1534	4,40€	0,44€	0,88€	1,32€	1,76€	2,20€	2,64€	3,08€	3,52€	3,96€	4,40€	4,84€	5,28€
Kohleinsäurebad	x1714	12,60€	1,26€	2,52€	3,78€	5,04€	6,30€	7,56€	8,82€	10,08€	11,34€	12,60€	13,86€	15,12€
Kohleins.glasbad (Voll)	x1732	12,60€	1,26€	2,52€	3,78€	5,04€	6,30€	7,56€	8,82€	10,08€	11,34€	12,60€	13,86€	15,12€
Kohleins.glasbad (Teil)	x1733	12,60€	1,26€	2,52€	3,78€	5,04€	6,30€	7,56€	8,82€	10,08€	11,34€	12,60€	13,86€	15,12€
Teildampf/inhai	x1801	5,60€	0,56€	1,12€	1,68€	2,24€	2,80€	3,36€	3,92€	4,48€	5,04€	5,60€	6,16€	6,72€
Geburtsvorbereitung	x1901	5,71€		0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
D1	x2001	31,03€	3,10€	6,20€	9,30€	12,40€	15,50€	18,60€	21,70€	24,80€	27,90€	31,00€	34,10€	37,20€

Preisliste MBK Zuzahlung
ab 01.04.2009
Stand: 17.03.2009

	<u>PosNr.</u>	<u>Vergütung</u>	<u>Zuzahlung</u>	<u>2 Therapien</u>	<u>3 Therapien</u>	<u>4 Therapien</u>	<u>5 Therapien</u>	<u>6 Therapien</u>	<u>7 Therapien</u>	<u>8 Therapien</u>	<u>9 Therapien</u>	<u>10 Therapien</u>	<u>11 Therapien</u>	<u>12 Therapien</u>
		<u>EURO</u>	<u>EURO</u>											
Hausbesuch	x9901	7,95 €	0,80 €	1,60 €	2,40 €	3,20 €	4,00 €	4,80 €	5,60 €	6,40 €	7,20 €	8,00 €	8,80 €	9,60 €
Hausb.-Pauschale	x9936	4,60 €	0,46 €	0,92 €	1,38 €	1,84 €	2,30 €	2,76 €	3,22 €	3,68 €	4,14 €	4,60 €	5,06 €	5,52 €
Nur für Hausbesuche														
Zugelassene:														
Hausbesuch	x9914	4,59 €	0,46 €	0,92 €	1,38 €	1,84 €	2,30 €	2,76 €	3,22 €	3,68 €	4,14 €	4,60 €	5,06 €	5,52 €
Hausb.-Pauschale	x9913	2,75 €	0,28 €	0,56 €	0,84 €	1,12 €	1,40 €	1,68 €	1,96 €	2,24 €	2,52 €	2,80 €	3,08 €	3,36 €
Wegegebühr (nur für Positionen x9901 und x9914)	x9907	0,35 €	0,04 €	0,08 €	0,12 €	0,16 €	0,20 €	0,24 €	0,28 €	0,32 €	0,36 €	0,40 €	0,44 €	0,48 €

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

**Vergütungsvereinbarung gemäß § 125 SGB V
für die Abrechnung krankengymnastischer / physiotherapeutischer
Leistungen, Massagen und medizinischer Bäder**

gültig ab 01.01.2008

für die Bundesländer

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

zwischen

dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum

der Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten (VSK) e. V., Berlin

den Landesverbänden

des VDB – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn

den Landesverbänden

des DEUTSCHEN VERBANDES FÜR PHYSIOTHERAPIE – ZENTRALVERBANDES DER PHYSIOTHERAPEUTEN/KRANKENGYMNASTEN (ZVK) E. V., Köln

dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg

(im Folgenden Berufsverbände genannt)

- einerseits -

und

dem

1. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
(im Folgenden VdAK genannt),

2. AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg
(im Folgenden AEV genannt)

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

- andererseits -

Datum des Inkrafttretens des Vertrages: 01.01.2008
Siegburg, Bochum, Berlin, Bonn, Hamburg und Köln, den

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Bundesverband selbständiger
Physiotherapeuten – IFK e.V.

Vereinigung der selbständigen
Krankengymnasten (VSK) e.V.

VDB – Physiotherapieverband e.V.

Verband Physikalische Therapie
Vereinigung für die physiotherapeutischen
Berufe (VPT) e.V.

Deutscher Verband für Physiotherapie -
Zentralverband der Physiotherapeuten/
Krankengymnasten (ZVK) e. V.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich

1. Diese Vergütungsvereinbarung nach § 125 SGB V regelt die Vergütungen von physiotherapeutischen Leistungen für die Versicherten der VdAK/AEV Mitgliedskassen. Mitgliedskassen des VdAK/AEV sind:

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg
Handelskrankenkasse (hkk), Bremen

Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg

2. Die Vergütungsvereinbarung gilt für zugelassene Physiotherapeuten, Masseure / Masseure und medizinische Bademeister, die den zwischen den Berufsverbänden und dem VdAK/AEV geschlossenen Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V einschließlich der Anlagen in der jeweils geltenden Fassung anerkennen.

§ 2 Vergütung der Leistungen

1. Die Vergütungen der in der Leistungsbeschreibung des Rahmenvertrages gemäß § 125 SGB V vertraglich vereinbarten Leistungen richten sich nach den vereinbarten Preisen dieser Vergütungsvereinbarung. Diese Preise gelten als Höchstpreise im Sinne des § 125 Abs. 2 SGB V.
2. Die in der Vergütungsvereinbarung vereinbarten Preise gelten für Verordnungen mit einem Behandlungsbeginn nach dem 31.12.2007.

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

3. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V gefordert und angenommen werden. Die Zuzahlung beträgt im Heilmittelbereich 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung (Rezept).
4. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden.

§ 3 Abrechnung der Leistungen

Für die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistungen gelten die Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 125 SGB V vom 01.01.2008.

§ 4 Inkrafttreten und Laufzeit der Vergütungsvereinbarung

1. Die Vergütungsvereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft
2. Die Vergütungsvereinbarung kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten, frühestens jedoch zum 31.12.2008 schriftlich gekündigt werden.

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Preisliste nach § 125 SGB V

Schlüssel "Leistungserbringergruppe": KG/Physio	22 24 000
siehe Hinweise zur Abrechnung 3) Mass./Med. Bad.	21 24 000
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!	

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung (Za = Zuzahlungsanteil)	Preis in €	Za in €
-----------------	---	-----------------------	--------------------

Massagetherapie

X0106	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Klassische Massagetherapie (KMT) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten.	9,53	0,95
X0107	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	9,42	0,94
X0108	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Periost-, Colonmassage Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten.	9,42	0,94
X0102	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten.	16,21	1,62

Manuelle Lymphdrainage

X0205	Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Teilbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten. Weiterbildungsnachweis: siehe X0202	14,22	1,42
X0201	Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Großbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten. Weiterbildungsnachweis: siehe X0202	21,20	2,12
X0202	Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Ganzbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten. Weiterbildungsnachweis: Die unter den Positionen X0205, X0201 und X0202 beschriebenen Leistungen sind von Physiotherapeuten bzw. Masseuren/Masseuren und med. Bademeistern abrechenbar, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Manueller Lymphdrainage von mind. 170 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V erfüllt, nachweisen. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	35,67	3,57
X0204	Kompressionsbandagierung einer Extremität	5,81	0,58

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Bewegungstherapie

X0301	Übungsbehandlung – Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 - 20 Minuten.	5,76	0,58
X0401	Übungsbehandlung – Gruppenbehandlung mit 2 - 5 Patienten. Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 - 20 Minuten.	3,90	0,39
X0305	Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten.	15,64	1,56
X0402	Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 2 - 3 Patienten. Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten.	11,63	1,16
X0405	Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 4 - 5 Patienten. Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten.	7,78	0,78
X0306	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten. Voraussetzung: Die unter dieser Position beschriebene Leistung setzt eine entsprechende Fortbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung und die Ausstattung der Praxis mit einer speziellen Behandlungsliege voraus. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	9,98	1,00

Krankengymnastik (KG)

20501	Krankengymnastische Behandlung, auch auf neuro-physiologischer Grundlage als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten.	14,17	1,42
20601	Krankengymnastik in der Gruppe mit 2 – 5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	3,90	0,39
20805	Krankengymnastik in der Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder) Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 - 30 Minuten. Voraussetzung: Die unter dieser Position beschriebene Leistung setzt eine entsprechende Fortbildung voraus. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	8,27	-
20902	Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	15,43	1,54
21004	Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe Gruppenbehandlung mit 2-3 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	11,36	1,14

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

21005	Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe Gruppenbehandlung mit 4-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	6,10	0,61
20702	Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 Minuten.	41,78	4,18
20507	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten je Patient. Voraussetzung: Die unter dieser Position beschriebene Leistung setzt eine entsprechende Fortbildung voraus. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	25,18	2,52
20708	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten. Weiterbildungsnachweis: siehe 20709	25,07	-
20709	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten. Weiterbildungsnachweis: Die unter den Positionen X0708 und X0709 beschriebenen Leistungen sind abrechenbar von: <ul style="list-style-type: none">• Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparese,• Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte sowie• Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung von mind. 300 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V erfüllt, nachweisen. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	25,07	-
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath, als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 25 bis 35 Minuten. Weiterbildungsnachweis: siehe 20712	19,52	1,95
20711	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta, als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 25 bis 35 Minuten. Weiterbildungsnachweis: siehe 20712	19,52	1,95

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

20712	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 25 bis 35 Minuten. <u>Weiterbildungsnachweis:</u> Die unter den Position X0710, X7011 und X0712 beschriebenen Leistungen sind abrechenbar von: <ul style="list-style-type: none"> • Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparese. • Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte. • Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen. • Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Bobath, Vojta oder PNF von mind. 120 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung bzw. bei einem anerkannten Fachlehrer (Bobath, PNF), die/der die Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V erfüllt, nachweisen. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	19,52 1,95
21201	Manuelle Therapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten. <u>Weiterbildungsnachweis:</u> Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen sind abrechenbar von Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Manueller Therapie von mind. 260 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V erfüllt, nachweisen. Diese Leistung ist nur für die Masseure und med. Bademeister abrechnungsfähig, die am 31.03.1995 über eine anerkannte und abgeschlossene Weiterbildung verfügten und zugelassen waren. Von diesen ist bei der Abrechnung die Pos-Nr. 11201 anzugeben. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	15,76 1,58

Traktionsbehandlung

X1104	Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	4,22 0,42
-------	---	---------------------

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Elektrotherapie

X1302	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	4,08	0,41
X1303	Elektrostimulation bei Lähmungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten.	9,12	0,91
X1312	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	14,16	1,42
X1310	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	7,08	0,71
X1714	Kohlensäurebad Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 bis 20 Minuten.	13,90	1,39
X1732	Kohlensäuregasbad (CO₂-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 bis 20 Minuten.	13,90	1,39
X1733	Kohlensäuregasbad (CO₂-Trockenbad) als Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 bis 60 Minuten.	13,90	1,39

Inhalationstherapie

X1801	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 30 Minuten.	4,45	0,45
--------------	--	-------------	------

Wärmetherapie

X1517	Wärmeanwendung mittels Strahler bei einem oder mehreren Körperteilen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	2,94	0,29
X1501	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten.	7,89	0,79
X1530	Heiße Rolle Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten.	6,55	0,66
X1531	Ultraschall-Wärmetherapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten.	7,20	0,72
X1532	Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten.	28,92	2,89
X1533	Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten.	21,87	2,19

Kältetherapie

X1534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten.	6,26	0,63
--------------	--	-------------	------

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie ("Standardisierte Heilmittelkombinationen")

22001	"Standardisierte Heilmittelkombinationen" D1 Regelbehandlungszeit: 60 Minuten. Voraussetzung: Die Leistung 22001 kann bei nicht näher spezifizierten Verordnungen abgegeben werden, wenn der Therapeut über die fachlichen, sächlichen und räumlichen Anforderungen zur Abgabe sämtlicher der in der verordneten standardisierten Heilmittelkombination erstgenannten obligatorischen Maßnahmen (KG, KG-Gerät, MT, KMT, Wärme-/ Kältetherapie, Elektrotherapie) verfügt. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, die diese Voraussetzungen zur Abgabe der Leistung X2001 bei nicht näher spezifizierten Verordnung nicht erfüllen, erhalten die Möglichkeit die Verordnungen mit der stand. Heilmittelkombination D1 bis zum 31.03.2008 weiterhin abzurechnen. Dies setzt voraus, dass für die eingesetzten Therapiemaßnahmen im Rahmen der stand. Heilmittelkombination D1 eine Abrechnungserlaubnis vorliegt. Erfolgt eine Spezifizierung kann der Therapeut nur dann tätig werden, wenn er über eine Abrechnungserlaubnis für die spezifizierten Heilmittel verfügt. Der jeweilige Nachweis ist der Landesvertretung des VdAK/AEV vor der Abrechnung vorzulegen.	30,83	3,08
-------	--	-------	------

sonstige Leistungen

X9701	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung einmal abgerechnet werden)	0,56	-
X9933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,30	1,03
X9934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient Der Begriff "soziale Einrichtung" bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des "Betreuten Wohnens".	5,60	0,56

Leistung außerhalb der Heilmittelversorgung

21901	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer 60 Minuten, maximal 14 Stunden.	5,60	-
21904	Rückbildungsgymnastik Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer 60 Minuten, maximal 10 Stunden	5,60	-

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Erläuterungen zur Vergütungsvereinbarung

- (1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (2) Der Zugelassene ist nur berechtigt, solche Positionen abzurechnen, auf die sich die Zulassung und ggf. eine Abgabe- und Abrechnungsberechtigung erstreckt und für die die erforderliche Einrichtung vorhanden ist bzw. die erforderliche Weiterbildung nachgewiesen wird.
- (3) Massagen mittels Gerät sind gemäß Anlage der Heilmittel-Richtlinien von der Verordnung ausgeschlossen. Es dürfen nur Massagen abgerechnet werden, die manuell erbracht werden. Reflexzonenmassagen, Fußreflexzonenmassagen sowie Akupunkt-Massagen sind ebenfalls gemäß den Heilmittelrichtlinien als Heilmittel im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht verordnungsfähig und können nicht abgerechnet werden.
- (4) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen wie Wäsche, Laken, Decken usw. enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- (5) § 32 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept). Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- (6) Alle zur Abrechnung bei den Ersatzkassen eingereichten ärztlichen Verordnungen (Muster 13) werden vom Zugelassenen in den Feldern "Gesamt-Brutto", "Heilmittel-Pos-Nr." und "Gesetzliche Zuzahlung" ausgefüllt. Kosten hierfür werden vom Zugelassenen nicht geltend gemacht.
- (7) Diese Vergütungsvereinbarung gilt ab 01.01.2008. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten erstmals zum 31.12.2008, schriftlich gekündigt werden.
- (8) Ab 01.01.1999 übermitteln die Leistungserbringer ausschließlich maschinelle Abrechnungsdaten an die von den Ersatzkassen benannten Stellen. Ab diesem Zeitpunkt werden ausschließlich die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern in der Abrechnung verwendet. Über die Auswirkungen für die Abrechnung der Leistungserbringer informieren die Ersatzkassen mit einem Info-Blatt.
- (9) Abhängig von der Art der Grundzulassung des Leistungserbringens ist das X in der ersten Stelle von der Heilmittelpositionsnummer wie folgt zu ersetzen:
 - "1" bei Masseuren/Masseuren und med. Bademeistern
 - "2" bei Krankengymnasten/Physiotherapeuten.
- (10) Die Verwendung des Schlüssels "Leistungserbringergruppe" richtet sich nach der Grundzulassung des Therapeuten:
 - "21 24 000" bei Masseuren/Masseuren und med. Bademeistern
 - "22 24 000" bei Krankengymnasten/Physiotherapeuten.

Anlage 2 e zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

- (11) Mit den Hausbesuchspauschalen sind alle Kosten für den Hausbesuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar.

Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Leistungserbringergruppenschlüssel:

für Regionalkassen:

durch zugelassene Massagepraxis und Badebetrieb: **21 02 120**
durch zugelassene Krankengymnastikpraxis: **22 02 220**

für Ersatzkassen:

28 02 600

Abweichend von § 2 Abs. 1 des Rahmenvertrages vereinbaren die Vertragspartner folgendes:

Kneippkurbetriebe sind – ohne Nachweis der Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 SGB V - zur Abgabe folgender Leistungen

Pos.Nr. Leistung

81521 Heublumensack einzeln
(keine kleinen Fertigpackungen, Füllung nur einmal verwendet)

86608 Große Wickel mit und ohne Zusatz
(Kurz-, Unter- und Ganzwickel, Schal, Unter- und Oberaufschläger, Spanischer Mantel)

86609 Mittlere Wickel einzeln, mit und ohne Zusatz
(Waden-, Bein-, Lenden- und Brust-Wickel oder Auflagen)

86610 Kleine Wickel einzeln, auch Herzkompressen

81601 Arm-/Fußbäder, Güsse, Halbbäder, Blitzgüsse jeweils kalt oder temperiert, Waschungen

81622 Wechselgüsse (2 x wechseln) und Heißgüsse, Wechselfuß- u. Armbäder mit u. ohne Zusatz, ansteigende Fuß- u. Armbäder.

81624 Wechselblitz-, Heißblitz und Segmentblitzgüsse, Lumbalgüsse

86703 Kneipp'sche Voll-, Dreiviertel- und Halbbäder mit Zusatz

berechtigt, wenn

- a) sich der Kneippkurbetrieb in einem anerkannten Kneippkurort oder Kneippheilbad befindet und
- b) der Kneippkurbetrieb Qualitätssicherung betreibt. Diese ist nachzuweisen durch die Plakette und Urkunde „vom Kneipp-Bund anerkannter Kneipp-Kurbetrieb“ oder ein gültiges RAL-Gütezeichen (entsprechend der Güte- und Prüfbestimmungen für die Voraussetzungen zur Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsverfahren nach KNEIPP in der jeweils gültigen Fassung) und
- c) die Leistungen durch einen Masseur bzw. Masseur und medizinischen Bademeister, einen Physiotherapeuten jeweils mit der Zusatzausbildung Kneipp (nachgewiesen durch das

Abschlusszertifikat der Sebastian-Kneipp-Schule Bad Wörishofen) oder einen staatlich anerkannten Kneippbademeister abgegeben werden.

Die Begriffe im Rahmenvertrag „der Zugelassene“, „die Zulassung“ und dergleichen sind in diesen Fällen mit „der Abgabeberechtigte“, „Abgabeberechtigung“ etc. gleichzusetzen.

Die Abgabeberechtigung ist sowohl an eine bestimmte Person als auch an eine bestimmte Einrichtung gebunden. Der Wegfall bzw. eine Änderungen einer dieser beiden Voraussetzungen ist unaufgefordert gegenüber der örtlich zuständigen Direktion der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der vdek-Landesvertretung Bayern zu melden.

Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen erst angenommen und erbracht werden, wenn eine Abgabeberechtigung erteilt wurde.

Werden von Einrichtungen ausschließlich Kneipp-Leistungen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgemaßnahmen abgegeben, so ist auf eine von anderen Kurleistungen gesonderte Verordnung zu achten.

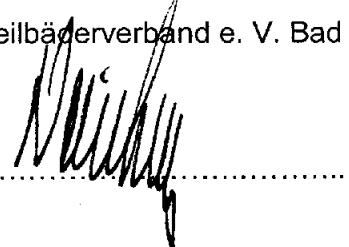
München, den 08.10.2008

AOK Bayern, Die Gesundheitskasse



BKK – Landesverband Bayern

Bayer. Heilbäderverband e. V. Bad Füssing



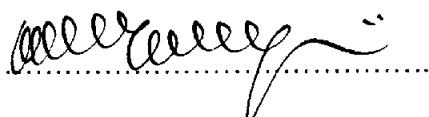
Knappschaft,
Verwaltungsstelle München
Die Geschäftsführung

Herbert Meyer

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

Vereinigte IKK

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -



Anlage 4 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

(diese Anlage gilt ausschließlich für die Regionalkassen)

§ 1 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung muss einmal monatlich unter Beifügung der Genehmigungsunterlagen für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen erstellt und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche Institutionskennzeichen zu verwenden, gegebenenfalls (bei Praxisverlegungen) sind für eine Verordnung zwei Abrechnungen zu erstellen. Die zweite Abrechnung erfolgt mittels Verordnungskopie. Die Abrechnung erfolgt über das Kostenträger-IK der jeweiligen Krankenkasse. Für Versicherte der AOK Bayern erfolgt die Abrechnung monatlich ausschließlich über das Kostenträger-IK 108310400 in ggf. zwei Sammelrechnungen je Bereich: Individuelle Maßnahmen -Anlage 2c- und Kompaktkurleistungen -Anlage 2b-, oder kurortspezifische Leistungen -Anlage 2a- incl. Heilmittel -Anlage 2d-.
- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen siehe Anlagen 2a, b, c, d) zu verwenden.
- (3) Die bundeseinheitlichen Positionsnummern sind zu verwenden.
- (4) Es ist Pflicht des Leistungserbringens, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Für jede zugelassene Praxis ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die Abrechnung zu verwenden.
- (6) Leistungen, für die auf dem Verordnungsblatt das Abgabedatum und/oder die Unterschrift des Empfangsberechtigten fehlt, können bei der Krankenkasse erst eingereicht werden, wenn das Verordnungsblatt vollständig ausgefüllt ist. Evtl. fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern in den Kopfdaten (Versichertenfeld) können aus dem Arztstempel übernommen werden.
- (7) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen des Leistungserbringens sind nur bis zu 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung möglich.

- (8) Bei Unstimmigkeiten zwischen den auf dem Karteiblatt/Aufzeichnungen ersichtlichen Angaben (§ 4 Abs. 1 Nr. 13 und § 4 Abs. 2 Nr. 4) und der Abrechnung hat die Krankenkasse das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern.
- (9) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen und Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens zwei Wochen Abstand). Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Das Zahlungsziel ist dann erfüllt, wenn die Bank der zuständigen Krankenkasse belastet wurde. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Differenzen aus vorhergehenden Abrechnungen können von Kostenträgerseite verrechnet werden. Nach § 45 SGB I gilt eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde.
- (10) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Bei Abrechnung über Abrechnungsgesellschaften hat der Leistungserbringer dafür Sorge zu tragen, dass von dieser die Regelungen dieses Vertrages eingehalten werden.
- (12) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Empfangsbestätigung nach Abschluss der Behandlung. Es werden nur vom Arzt vollständig ausgefüllte Verordnungen angenommen bzw. abgerechnet. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse behält sich vor, bei schwerwiegenden Fehlern diese Verordnungen einzubehalten.

§ 2 Datenträgeraustausch

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden abgewiesen.
- (2) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen. Dieses Verfahren ist nur für

Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, müssen alle lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts auf der Vorderseite der Verordnung vollständig auszufüllen.

Anlage 4 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Diese Anlage gilt ausschließlich für die Ersatzkassen

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI und der LV unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der vdek-Landesvertretung Bayern bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das ausschließlich für die Ersatzkassen erteilte IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekannten IK.

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

4. Nach Beendigung der Zulassung / Abrechnungsberechtigung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden.

Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem

nicht entsprechen, werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

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

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden den betroffenen Leistungserbringern von den Ersatzkassen durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder neu zugelassene / abrechnungsberechtigte Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Ziffer 1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Postfach, 53719 Siegburg, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu zugelassenen / abrechnungsberechtigten Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

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

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

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

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

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

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

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

- IK des Leistungserbringens (§ 11),
- 5-stellige Heilmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.

7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 32 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der prozentualen Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Leistungserbringer insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

Übersteigen prozentuale Zuzahlung und die pauschale Zuzahlung pro Verordnung den abrechnungsfähigen Betrag des Rezeptes, kommt eine Vergütung durch die Ersatzkasse nur in Betracht, wenn der Leistungserbringer der Ersatzkasse nachweist, dass der Einzug des Zuzahlungsbetrages nach Erinnerung gemäß § 43b Abs. 1 Satz 1 SGB V erfolglos geblieben ist. Die Verordnung ist aber stets unter Beachtung der technischen Anlage der Richtlinien nach § 302 SGB V der Ersatzkasse zu übermitteln.

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

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

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

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

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Ziffer 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse nacherfasst werden müssen.

11. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-Landesvertretung ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

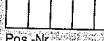
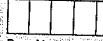
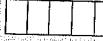
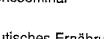
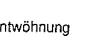
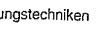
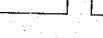
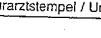
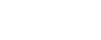
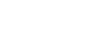
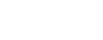
Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach Ziffer 1.

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

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder per Email zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der vdek-Landesvertretung vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.
14. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) den Ersatzkassen zu übermitteln.

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Gebühr pf.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 27.10.2008		
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten			
Unter/ Unter/ folgen		geb am		
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl 
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl 	Pos.-Nr. 	Anzahl
	Pos.-Nr. 	Anzahl <img alt="		

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Freigabe 27.10.2008

Behandlungsabbruch am:

--	--	--	--	--	--

Datum

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung
der jeweiligen Krankenkasse zusenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringens

Anlage 6 a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Leistungsbeschreibung kurortspezifische Heilmittel

Diese Anlage wird noch erstellt.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Anforderungskriterien an die Gruppenleitung bei Kompaktkuren vom 8. November 1995

Vorbemerkung:

§ 4 Abs. 1 Nr. 3 des Kurarztvertrages bestimmt, dass Patienten von Kompaktkuren in stabilen Gruppen von maximal 15 Personen unter Gruppenleitung zu behandeln sind. In den Richtlinien zum Inhalt der kurärztlichen Behandlung (Anlage 1 Abschn. D Nr. 3) wird ergänzend ausgeführt, dass jede Gruppe während der gesamten Kurdauer von fest zugeteilten, entsprechend qualifizierten Gruppenleitern betreut wird. Während der gesamten Kurdauer bleibt die Zusammensetzung der Patientengruppe stabil.

1. Ziele der Gruppenleitung

Das Konzept der Kompaktkuren vereint in sich essentielle Elemente der klassischen ambulanten Kur, der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmedizin und der Selbsthilfe. Neben der Anwendung der in den allgemeinen Kuren üblichen ortsgebundenen und physiotherapeutischen Heilmittel und der Diätetik sowie von kurintegrierten Maßnahmen zur psycho-mentalalen Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbewältigung in einem verdichteten, klar strukturierten Programm werden durch die Bildung fester Patientengruppen die aus der psychosozialen Gruppenarbeit bekannten psychologischen gruppendifnamischen Effekte zur Steigerung der Kureffektivität und der Kureffizienz gezielt angestrebt und gefördert. Als wesentliche Effekte bei mittelgroßen Patientengruppen bis zu 15 Teilnehmern sind hervorzuheben:

- Einbindung in einen Kreis ähnlich betroffener Leidensgefährten
- verstärkte Möglichkeit eines offenen Gedanken- und Erfahrungsaustausches im persönlichen Dialog und in der Gruppe
- Abbau von Scheu gegenüber ungewohnten therapeutischen Anforderungen
- Verstärkung der Bereitschaft, im Kurprogramm aktiv mitzuarbeiten (Compliance)
- Steigerung der Toleranz und Bewältigungskompetenz gegenüber unabänderlichen und bewusstere Nutzung der Restgesundheit (Coping).

Angesichts der relativ kurzen Dauer einer Kur ist es notwendig, daß subjektive Hemmnisse möglichst schnell abgebaut werden bzw., daß die Gruppenmitglieder auch im Verlauf der Kompaktkur beobachtet und soweit nötig gelenkt werden. Hierzu bedarf es einer Person, die einerseits das Vertrauen der Gruppe erwirkt, andererseits als Autorität anerkannt wird. Diese Funktion erfüllt ein/e Gruppenleiter/in.

2. Aufgaben der Gruppenleitung

Nach den zuvor beschriebenen Zielen hat die Gruppenleitung vor allem folgende konkrete Aufgaben:

- Einführung der Patientengruppe in das besondere Kurkonzept
- Motivierung der Patienten zur aktiven Mitarbeit und zum Erlernen von Selbsthilfestrategien

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

- Steuerung der gruppendifferenzierten Prozesse durch Abbau von individuellen Hemmnissen; Training der Kommunikationsfähigkeit des einzelnen und Förderung des Kommunikationsniveaus und des Kommunikationsnetzes in der Gruppe
- Förderung der Verbalisierung von Selbsterfahrungen der Gruppenmitglieder
- Individualisierung des Gruppenprozesses in der Kompaktkur; Beachten individueller Schwierigkeiten und der individuellen Reagibilität auf die Reiz-Reaktionstherapie und ggf. Rückmeldung an den Arzt; Hilfen bei der Überwindung individueller Schwierigkeiten im Organisationsrahmen, um in der Vielfalt der therapeutischen Angebote in den Leistungskorridoren der Kompaktkur die Einheit der therapeutischen Struktur sichtbar und für den Patienten erlebbar zu machen
- Hilfen bei der chronobiologisch richtigen Strukturierung des Tages und der Nacht; Stützung des kurgemäßen Verhaltens und Anleitung zum gesundheitsfördernden Freizeitverhalten in der Kur und für die Zeit nach der Kur
- Interdisziplinäre Abstimmung des Kurprogramms mit allen an der Kompaktkur Beteiligten (insbesondere mit Ärzten und Therapeuten)
- Praktische Durchführung und Dokumentation der Qualitätssicherungsmaßnahmen als

3. Gruppenleitung als eigenständiger therapeutischer Faktor

Die Gruppenleitung ist somit einerseits für die Patienten der Kurgruppe ein „Katalysator“, der den Prozeß eines gruppendifferenziert gesteigerten Kurprogramms in Gang setzt und fortführt. Sie hat andererseits die Funktion, durch das Feedback zwischen Leistungserbringern und Patienten individuelle und objektivierte Erkenntnisse in den Qualitätssicherungsprozeß einzubringen, um das Konzept der Kompaktkur weiter zu optimieren. Besonders wichtig ist dabei, daß der/die Gruppenleiter/in ein Vertrauensverhältnis zu der Gruppe aufbaut. Mit diesem Vertrauen wird Sicherheit vermittelt, die den Kurprozeß fördert. Damit erlangt die Hilfe einen eigenständigen therapeutischen Wert. Auch sind aufgrund eines solchen Vertrauens zuverlässige Aussagen bei der Patientenbefragung zu erwarten.

4. Organisation der Gruppenleitung

Die Gruppenleitung wird von einem Mitglied aus dem therapeutischen Team wahrgenommen, das kontinuierlich in das Gruppenprogramm eingebunden ist. Der Zeitaufwand für die Aufgaben der Gruppenleitung neben der berufstypischen therapeutischen Tätigkeit hängt ab

- von der Art der Kur (Vorsorge- und Rehabilitation)
- von der Indikation
- vom Alter der Patientengruppe.

Er beträgt durchschnittlich zwei Stunden täglich.

5. Qualifikation der Gruppenleiter/innen

Aus der Aufgabenstellung folgt, daß es sich um eine Persönlichkeit handeln muß, die im interdisziplinären Team von Ärzten, Therapeuten und Beratern eingebunden und kommunikationsfähig ist. Gegenüber den Patienten hat er einerseits Autorität zu zeigen, andererseits braucht er die persönliche Sensibilität, um die psychischen, sozialen und gruppendifferenziellen Prozesse bei den einzelnen Patienten und in der gesamten Patientengruppe beurteilen und zielführend lenken zu können. Erforderlich sind Kenntnisse und Fähigkeiten in psychologischer Gesprächs- und Gruppenführung.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Grundsätze und Beispiele für Leistungsbeschreibungen für Patienten-Gesprächs-Seminare vom 8.November 1995

Patienten-Gesprächs-Seminare sind therapeutische Maßnahmen in der Form von Lehrgängen für Patienten mit gleichen oder ähnlichen chronischen Krankheiten. Sie ergänzen und vertiefen die individuelle Behandlung durch den Kurarzt unter der therapeutischen Nutzung gruppendifferenzierter Prozesse, um im Alltag mit der chronischen Krankheit besser leben und durch mehr Wissen und Fähigkeiten umgehen zu können.

Der Patient lernt in den Seminaren:

- die Therapieempfehlungen des Arztes besser zu verstehen,
- der Krankheit angepaßte Lebenstechniken zu üben,
- Möglichkeiten der Selbsthilfe zu erfahren,
- Selbstkontrollen zu erlernen und
- mögliche Komplikationen und Entgleisungen im Prozeß der chronischen Krankheit und im therapeutischen Regime in einem früheren Stadion zu erkennen und zusammen mit dem Arzt zu begegnen.

Patienten-Gesprächs-Seminare verbinden die Vorteile der Informationen durch die Fachleute des Reha-Teams mit dem Hilfspotential der Selbsthilfegruppe. Sie fördern beim Patienten durch bewährte und geprüfte Methoden:

- Kenntnisse über seine Krankheit,
- Selbsthilfepotentiale,
- Bewältigungskompetenz und
- die Selbstverantwortung des Patienten.

Die Patienten-Gespräch-Seminare setzen sich trotz der Verschiedenheit chronischer Krankheiten der verschiedenen Organ-systeme und der dadurch bedingten Verschiedenheit vieler Lehr- und Lerninhalte leistungsrechtlich aus vergleichbaren Grundbausteinen zusammen. Die äußereren und die personellen Voraussetzungen für den Lehrbetrieb der Patienten-Gesprächs-Seminare in einem Heilbad und Kurort sind trotz verschiedener Lehr- und Lerninhalte nach den vertragsrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Bedingungen vergleichbar. Nur die Zahl der notwendigen Unterrichtseinheiten wechselt nach der Art der Erkrankungen und der Beeinflußbarkeit des jeweiligen chronischen Krankheitsprozesses durch den Kranken. Unterschiede ergeben sich auch je nach Erkrankung im Hinblick auf den Einsatz von Fachpersonal aus dem multidisziplinären Reha-Team, z.B. ob mehr Diätberaterinnen/Diätassistenten, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Krankenschwestern im Seminar nach der Art der Erkrankung eingesetzt werden müssen.

Als **Grundbaustein der Seminare mit eigenem Ordnungsrahmen** haben sich bewährt:

1. **Information durch einen Arzt und Gruppengespräch mit einem Arzt** über Grundlagen, Wesen, Entstehungsbedingungen, Verlauf, Komplikationen, Therapie und Selbsthilfemöglichkeiten bei der chronischen Krankheit. Die Lehreinheit „Seminar unter ärztlicher Leitung“, die nach Lehrstunden kalkuliert werden kann, gliedert sich in mehrere Unterrichtseinheiten mit Schwerpunktthemen.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

- 2. Information und Gruppenarbeit durch einen klinischen Psychologen** bzw. Psychotherapeuten über die psychische Dimension der chronischen Krankheit und verhaltenstherapeutische und psychotherapeutische Möglichkeiten der Hilfe.
- 3. Informationen und Gruppenarbeit in Teilgebieten** des Seminars zur individuellen Gesundheitsförderung bei bestimmten Krankheiten unter Leitung von Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten, Diätberaterinnen über therapeutische Möglichkeiten von Ernährung und Diät, Bewegungen, körperlichem Training, Entspannung und Anwendung kleiner Physiotherapie im Alltag. Die Gliederung der Lehreinheit der Teilgebiete und Teilespekte kann ebenfalls in Unterrichtseinheiten bzw. Stunden erfolgen.
- 4. Übungsprogramme** zum Training von Verfahren der Selbstkontrolle (z.B. Blutzucker- und Urinzuckerkontrollen bei Diabetes, Peak-flow-Messung bei Atemwegserkrankungen usw.), der Selbstmedikation in kritischen Phasen und Körpertechniken im Rahmen der Selbsthilfe durch Krankenschwestern, Krankengymnasten, Sporttherapeuten und durch andere Mitarbeiter aus medizinischen Komplimentärberufen, die zum Reha-Team gehören.
- 5. Krankheitszentrierte Selbsterfahrungs-Gesprächsgruppen** unter Leitung eines Arztes oder Psychologen/Psychotherapeuten im Rahmen der Struktur von Selbsthilfegruppen unter fachspezifischer Leitung.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Anforderungen an Patienten-Gesprächs-Seminare

A. Gruppengröße:

- A.1 Frontalunterricht zur Vermittlung der Grundlagen,
Teilnehmer bis max. 40.
- A.2 Gruppengespräche,
Teilnehmer bis max. 15.
- A.3 Gruppenarbeit in Kleingruppen.
Teilnehmer bis max. 8.

B. Berufliche Qualifikation des Seminarsleiters bzw. der Fachkraft:

- B.1 Leiter/in mit Hochschulabschluß (z. B. Arzt, Psychologe, Oekotrophologe)
- B.2 Leiter/in mit Fachschulabschluß (z. B. Krankengymnast/in, Diätberater/in)
- B.3 Leiter/in mit Berufsabschluß (z.B. Medizinischer Bademeister)

C. Raumbedarf:

- C.1 Unterrichtsraum mit Projektionstechnik
- C.2 Übungsraum mit besonderer Ausstattung und Geräten
(z. B. Ergotherapieraum, Gymnastikraum, Lehrküche, Entspannungsraum mit Schallisolierung usw.)

D. Mittel- und Lehrmittelbedarf zum Verbrauch

(Reststreifen für Selbstkontrollen, einfache Testgeräte zum Verbleib bei den Patienten, Lebensmittel für Probekochen in Lehrküchen usw.)

E. Zeitbedarf der Einzelmaßnahme/Unterrichtsstunde

(E 1 = 20 Minuten, E 2 = 40 Minuten, E 3 = 60 Minuten E 4 = Doppelstunde mit Pause)

F. Häufigkeit der Lehreinheiten im krankenspezifischen Seminarprogramm

Die Darstellung von Leistungsbeschreibungen nach diesen Kriterien wird an den nachfolgenden Beispielen verdeutlicht.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Beispiel 1:

Patienten-Gesprächs-Seminar für nicht insulinbehandelte Patienten mit Diabetes mellitus Typ II

Themen:

Informationsvermittlung im Gruppengespräch über

- Krankheitsursachen und –bedingungen
- Verläufe
- Komplikationen
- Begleitprobleme
- Hilfsmöglichkeiten

zur risikomindernden bzw. krankheitsangepassten Lebensführung, mit Anleitungen für das Alltagsleben

Inhalt:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Seminareinheit: | Was ist Diabetes – allgemeine Grundlagen
Grundbausteine: A 1/B 1/C 1/E 3 |
| 2. und 3. Seminar-
einheit | Diabetes-Diät-Diabetes-Reduktionsdiät
Grundbausteine: A 3/B 1 (2)/C 2/E 3 |
| 4. Seminareinheit: | Überzucker – Unterzucker
Wissenswertes über den Blutzucker
Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 3 |
| 5. Seminareinheit: | Orale Therapie: Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung der Diabetes
Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 3 |
| 6. Seminareinheit: | Körperpflege
Grundbausteine: A 2/B 2 od. B 3/C 1/D/E 3 |
| 7. Seminareinheit: | Selbstkontrolle
Grundbaustein: A 2/B 2/C 1/D/E 3 |
| 8. Seminareinheit: | Folgeerkrankungen
Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/ E 3 |

Zielgruppen:

Patienten mit nicht insulinbedürftigem Diabetes Typ II, bei denen eine stationäre Behandlung noch nicht angezeigt ist.

Gruppengröße:

bis 15 Personen (Richtwert)

Häufigkeit:

Die Vorträge/Seminare können entweder in einem 2-Wochen Blockprogramm an jeweils 4 Nachmittagen oder in einem 3-Wochen-Programm mit zweimal 3 und einmal 2 Unterrichtseinheiten absolviert werden.

Die Patienten sind besonders für die Teilnahme an der indikationsbezogenen Ernährungsberatung und -schulung zu motivieren.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Beispiel 2:

Patienten-Gesprächs-Seminare für Patienten mit chronischen Erkrankungen der oberen Luftwege(einschl. Allergien und funktionellen Stimmstörungen)

Themen:

Informationsvermittlung im Gruppengespräch über

- Ursachen
- Verläufe
- Komplikationen
- Begleitprobleme
- Hilfsmöglichkeiten

zur Vermeidung bzw. Überwindung von Erkrankungen der oberen Luftwege.

Inhalt:

1. Seminareinheit: Informationen über die psychologischen Abläufe der Atmung in den oberen Luftwegen als Grundlage zum Verständnis krankhaften Geschehens und über die Entstehung von „funktionellen Stimmstörungen“
Grundbausteine: A 1/B 2/ C 1/E 4
2. Seminareinheit: Entstehung (Vererbung, Auflösung) von Allergien und Möglichkeiten ihrer Vermeidung
Grundbausteine: A 1/B 2/ C 1/E 4
3. Seminareinheit: Erläuterung der Therapiepläne und Aufklärung über die Bedeutung und Wirkung der ortsgebundenen natürlichen Kurmittel und der ergänzenden physikalischen Heilmittel in bezug auf die Erkrankung
Grundbausteine: A 2/B 1(B 2)/C 1/E 3
4. Seminareinheit: Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Selbsthilfe, medikamentöser Behandlung und der ärztlich überwachten Selbstbehandlung
Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 3
5. Seminareinheit: bei funktionellen Stimmstörungen:
Informationen über Begleitproblematik und Lösungsmöglichkeiten
Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 3

Zielgruppen:

Patienten mit chronischen Erkrankungen und Allergien der oberen Luftwege und mit funktionellen Stimmstörungen, die durch die Anleitung zur Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit gebessert werden können.

Häufigkeit:

Das Seminarprogramm sollte in der ersten Kurhälfte absolviert werden.

Die Patienten sind gegebenenfalls besonders für die Teilnahme an dem Raucher-Entwöhnungsprogramm.

Anlage 6 b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Beispiel 3:

Patienten-Gesprächs-Seminare für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen besonders der Bronchien und der Lunge (untere Luftwege)

<u>Themen:</u>	Informationsvermittlung im Gruppengespräch über <ul style="list-style-type: none">• Ursachen• Verläufe• Komplikationen• Begleitprobleme• Hilfsmöglichkeiten
	zur Vermeidung, Besserung bzw. Überwindung von Erkrankungen der unteren Luftwege.
<u>Inhalt:</u>	<p>1. Seminareinheit: Aufbau und Funktion der Atmung und der Atemmungsorgane; Krankheitsbilder, ihre Ursachen und Diagnostik, Aufklärung über allergische und psychosomatische Zusammenhänge Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 4 in Verbindung mit: Erläuterung der Therapiepläne und Aufklärung über die Bedeutung und Wirkung der ortsgebundenen natürlichen Kurmittel und der ergänzenden physikalischen Heilmittel in bezug auf die vorliegende Erkrankung Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 4 in Verbindung mit 1</p> <p>2. Seminareinheit: Therapeutische Möglichkeiten – medikamentöse Maßnahmen Grundbausteine: A 2/B 1/C 1/E 3/E 4 in Verbindung mit 4 – 6</p> <p>3. Seminareinheit: Therapeutische Möglichkeiten - nicht medikamentöse Maßnahmen: Üben von Selbsthilfetechniken und Tätigkeiten des Alltagslebens. Hilfetechnik, Hustentechnik, Schleimmobilisierung, Training mit dem Peak-Fowmeter Grundbausteine: A 2/B 2/C 1/E 4</p> <p>4. bis 6. Seminar-einheit</p>
<u>Zielgruppen:</u>	Patienten mit chronisch obstruktiven Erkrankungen der unteren Luftwege mit Informationsbedarf und Motivation zur Selbsthilfe.
<u>Häufigkeit:</u>	Bevorzugt jeweils 2 Einheiten in Blockform, möglichst in der ersten Kurhälfte.
	Die Patienten sind gegebenenfalls besonders zur Teilnahme an dem Raucher-Entwöhnungsprogramm zu motivieren.

Anlage 6 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

AOK-BUNDESVERBAND, BONN-BAD GODESBERG

BKK- BUNDESVERBAND, ESSEN

BUNDESVERBAND DER INNUNGSKRANKENKASSEN, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE; HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN Krankenkassen, KASSEL

BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN KRANKENKASSEN, E.V., SIEGBURG

AEV – ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG

DEUTSCHER BÄDERVERBAND E.V., BONN 1

Gemeinsame Leistungsbeschreibungen für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren

1. Allgemeines

Allgemeine und individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind wichtige und integrale Bestandteile ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationskuren. Sie sollen die medizinische Kurbehandlung unterstützen und zur langfristigen Sicherung der Kurerfolge die Kurunternehmen zu einer gesundheitsgerechten Lebensführung motivieren und befähigen.

Die anerkannten Heilbäder und Kurorte müssen daher sicherstellen, daß Angebote zur allgemeinen Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen vorgehalten und indikationsspezifische individuelle Angebote der Gesundheitsförderung auf- und ausgebaut werden. Dies setzt voraus, daß auch die Kurorte allgemeine Angebote zur Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen vorhalten.

Die nachstehenden Leistungsbeschreibungen stellen eine Rahmenvorgabe für vertragliche Regelungen mit geeigneten Leistungsanbietern zur Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf der Grundlage der §§ 23 Abs. 2 und 40 Abs. 1 SGB V dar. Sie basieren auf dem Punkt 3.3.2 der Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Bäderverbandes für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren vom 11.09.89.

2. Motivation des Patienten

Die bedarfsgerechte Nutzung allgemeiner und individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung kann nur dann sichergestellt werden, wenn der Patient durch seinen behandelnden Arzt am Wohnort, seinen Kurarzt (früher Badearzt) und insbesondere seine Krankenkasse entsprechend vorbereitet und motiviert wird. Dies schließt die Motivation ein, nach Beendigung einer Kur die Maßnahmen der Gesundheitsförderung – soweit erforderlich – am Wohnort fortzusetzen. Im Rahmen der Kur sollte Kurteilnehmern die Möglichkeit eröffnet werden, vorhandene Räumlichkeiten kostenfrei für informelle Gruppentreffen ohne Anleitung zwischen den Kursen zu nutzen.

Anlage 6 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

3. Aufgaben des Kurarztes

Die erforderlichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind Bestandteil des Kurplanes. Der Kurarzt weist den Patienten auf vorhandenen Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung hin. Die individuellen Maßnahmen im einzelnen werden von Kurarzt verordnet. Die erfolgreiche Teilnahme des Patienten setzt die Motivation und aktive Mitwirkung voraus. Der Kurarzt hat deshalb den Patienten nachdrücklich zu ermutigen.

4. Inhalt individueller Maßnahmen

Die Kurorte legen unter Mitwirkung der Kurärzte und der Krankenkassen die individuellen Angebote der Gesundheitsförderung bezogen auf die Indikationsgruppen fest. In Abschnitt 7. werden die Inhalte dieser Maßnahmen beschrieben. Es handelt sich hierbei um Hauptanwendungsreiche unter Berücksichtigung der wichtigsten Krankheitsbilder. Für weitere geeignete Angebote können entsprechende Leistungsbeschreibungen entwickelt werden. Entsprechend dem Bedarf sind Kombinationen der unterschiedlichen Angebote möglich.

Die weitere Ausgestaltung individueller Maßnahmen muß unter Berücksichtigung der Indikationsbereiche, des Bedarfs und der Angebotsstrukturen erfolgen. Eine weitergehende Konkretisierung erscheint im Hinblick auf unterschiedliche Verfahren und Inhalte von Kursen weder sinnvoll noch zweckmäßig.

5. Qualitätssicherung

Die Leistungsanbieter für individuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen bereit sein, die Eignung und Wirkung der Kursprogramme und die Qualifikation der Kursleiter nachzuweisen und eine regelmäßige Wirksamkeitskontrolle durchzuführen. Dazu gehört auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Effektivitätskontrollen.

6. Vertragliche Vereinbarungen

Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen schließen mit Wirkung für die Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitskriterien mit qualifizierten Leistungsanbietern, die die Voraussetzungen nach diesen Rahmenempfehlungen erfüllen, Verträge über die Höhe der Vergütungen.

7. Beispiele für Leistungsbeschreibungen individueller gesundheitsfördernder Angebote der Heilbäder und Kurorte:

Fünf Beispiele für individuelle gesundheitsfördernde Angebote in Heilbädern und Kurorten:

- Patienten-Gesprächs-Seminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar sowie Ernährungsberatung mit praktischen Übungen
- Raucherentwöhnung
- Entspannungstechniken
- Bewegungstraining

sind im folgenden beschrieben.

Anlage 6 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

7.1 Patienten-Gesprächs-Seminar

Zu diesem Seminartyp sind die Beratungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Deutschen Bäderverband noch nicht abgeschlossen.

7.2 Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar sowie Ernährungsberatung mit praktischen Übungen

Thema:	Grundlagen gesunder Ernährung, verhaltenstherapeutische Information, Ernährungsberatung mit praktischen Übungen.
Inhalt:	
a) Grundseminar	Informationen über das Bedingungsgefüge von Fehlernährung, Überernährung usw., Information und Motivation zur Verhaltensänderung, verhaltensorientierte Grundlagen.
Gruppengröße:	Bis 20 Personen.
Häufigkeit:	2 – 4 Sitzungseinheiten.
b) Vertiefungsseminar	Verhaltensorientierte Trainingsprogramme, besonders für Übergewichtige. Bestimmte Diäten, z.B. Diabetes-Diät, Abnahmediät, Diät bei Stoffwechselstörungen, bei Hochdruck, kochsalzarme Kost usw. mit praktischen Übungen zu diätetischer oder auch zu allgemeiner ausgewogener Ernährung.
Gruppengröße:	Bis 12 Personen.
Häufigkeit:	2 – 6 Sitzungseinheiten.
Die Maßnahmen a) und b)	können auch kombiniert werden.
Zielgruppe:	Patienten mit Übergewicht, Hochdruck, Stoffwechsel- und gastrologischen Erkrankungen sowie anderen Erkrankungen, die durch die Diät günstig beeinflußt werden können.
Raum/Ausstattung:	Seminarraum (techn. Ausstattung) und Küche mit mehreren Kochgruppen.
Zeitaufwand:	60 Minuten je Sitzungseinheit. Die Sitzungen sollten bevorzugt in Blockform durchgeführt werden.
Personal:	Ausgewiesene Fachleute aus den Bereichen Ernährungswissenschaft (Diätassistenten/innen/ ernährungsmedizinische Berater/innen/, Ökotrophologen/innen/), Medizin, Psychologie, Pädagogik.

Anlage 6 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

7.3 Raucherentwöhnung

Thema:	Motivation und Anleitung zur Raucherentwöhnung.
Inhalt:	Information über Raucherrisiken, Stabilisierung der Motivation zur Raucherentwöhnung. Entspannungstraining.
	Erarbeitung alternativer Methoden der Bedürfnisbefriedigung in anderen Lebensbereichen (Erweiterung des Freizeitspielraumes, Steigerung der Fähigkeit zur Selbststeuerung).
Methode:	Raucherentwöhnung wird sowohl als Sofort-Aufhören-Programm als auch nach der Methode des schrittweisen Aufhörens und kontinuierlicher Reduktion der Nikotinmenge durchgeführt. Es sollte eine nachweislich erfolgreiche Methode zugrunde gelegt werden, die auf die Kurdauer und die Kurpatienten abgestimmt ist.
Zielgruppe:	Raucher.
Gruppengröße:	10-15 Personen.
Raum/Ausstattung:	Seminarraum.
Zeitaufwand:	60 Minuten je Sitzungseinheit, die Einheiten können kombiniert werden.
Häufigkeit:	Variierend 6 – 8 Sitzungseinheiten je nach Methode.
Personal:	In der Durchführung von Gruppenkursen zur Raucherentwöhnung ausgewiesene Fachleute aus den Bereichen Gesundheitserziehung, Medizin, Psychologie.

7.4 Entspannungstechniken

Thema:	Anwendungsmöglichkeiten und Wirkungsweisen von Entspannungsmethoden.
Inhalt:	Information über Entspannung als Grundbaustein von Gesundheit und damit als Voraussetzung zur konstruktiven Lösung von Alltagsproblemen. Erlernen einer der verschiedenen Entspannungsmethoden (z.B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson).
	Stabilisierung psychovegetativer Körperfunktionen.
	Förderung positiver Selbstwahrnehmung.

Anlage 6 c zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Zielgruppe:	Patienten mit eingeschränkter Ruhefähigkeit, Schlafstörungen, eingeschränkter Stresstoleranz und mangelndem Körperbewußtsein und eingeschränkter Selbstwahrnehmung.
Gruppengröße:	Max. 15 Personen.
Raum/Ausstattung:	Geräuschgeschützter Raum mit entsprechender Innenausstattung.
Zeitaufwand:	30 Minuten je Sitzungseinheit, Blockbildung der Sitzungen zur Einführung möglich.
Häufigkeit:	8 – 10 Sitzungseinheiten.
Personal:	Ausgewiesene, fortgebildete Fachleute; bei Autogenem Training Arzt (Ärztin) oder Psychologe/-in/ mit klinischer Erfahrung.

7.5 Bewegungstraining

Thema:	Motivation und Anbietung zur Bewegung
Inhalt:	Informationen über die Zusammenhänge „Bewegungsmangel und Krankheiten“ und „Gesundheitsförderung durch Bewegung“. Motivation zur Verhaltensänderung. Praktische Übungen (insbesondere Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule).
Zielgruppe:	Patienten mit Verspannungen und Schmerzen im Schulter-, Nacken- und Rückenbereich (einschl. Schlafstörungen, Kopfschmerzen und anderen Folgen von Bewegungsmangel und Fehlhaltung/Fehlbeanspruchung).
Gruppengröße	Max. 15 Personen.
Raum/Ausstattung:	Gymnastikraum/Turnhalle.
Zeitaufwand:	Ca. 60 Minuten je Sitzungseinheit.
Häufigkeit:	Je nach Indikation 1 und 2 Sitzungseinheiten je Woche oder mehr.
Personal:	Bewegungstherapeut/in/, Krankengymnast/in/.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

Fortbildung

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität bei der Leistungsabgabe im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V ist es notwendig, dass sich alle an der Versorgung beteiligten Therapeuten in Kurbetrieben, Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortführen. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an den Zugelassenen / fachlichen Leiter (nachfolgend Zugelassener genannt).

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst

60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Therapeuten. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01. Januar 2009 für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Zugelassenen bzw. tätige fachliche Leiter. Bei erstmaliger Zulassung / Abrechnungsberechtigung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als Therapeut nach dem 01. Januar 2009 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Abrechnungsberechtigung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den Krankenkassenverbänden

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen.

Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhenszeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

5. Als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 14 der Rahmenempfehlungen) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen.

- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf den jeweiligen Heilmittelbereich erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referenten durchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.
- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- Bei umfangreicheren Fortbildungen (z.B. Zertifikatspositionen) werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

6. Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die gemäß der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien von der Verordnung ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: Supervisionen im Rahmen der Weiterbildung gemäß den Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen

- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder –verbesserungen

7. Qualitätskriterien für Fortbildungen

7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder
- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich oder in einem der o.g. Fachgebiete.

7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 7.1) mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder

ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen.

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

8. Teilnahmebescheinigung

Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter.

9. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 7) 60 Monate aufzubewahren.

10. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

11. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber der AOK Bayern und der vdek-Landesvertretung Bayern nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der Krankenkassenverbände.

12. Übergangsregelung

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt. Dem Rechnung tragend werden nach dem 31. Oktober 2006 begonnene Fortbildungen auf den Betrachtungszeitraum ab 01. Januar 2009 angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt werden.

Anlage 8 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 08.10.2008 (gültig ab 01.02.2009)

**Antrag auf Genehmigung
einer medizinisch notwendigen Kompaktkur**

Anschrift der Krankenkasse:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau / Herr..... geb. am:.....

wohnhaft in:..... Versicherungsnummer:.....

Krankenkasse:..... Kostenträger-IK (Kassennr.)

erhielt von Ihnen eine Genehmigung für eine ambulante Vorsorgeleistung und hat die Vorsorgeleistung in

angetreten. Bei der Konsultation des Kurarztes hat dieser für den / die Versicherte /-n die **medizinische Notwendigkeit einer Kompaktkur**

für die Indikation:..... in festgestellt und diese verordnet.

Der Rahmenvertrag zwischen dem Bayerischen Heilbäderverband e.V. und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, ermöglicht dem Kurarzt, eine ambulante Vorsorgeleistung in eine Kompaktkur umzuwidmen, wenn der Kurort die Möglichkeit dafür bietet und die Durchführung der Kompaktkur gewährleistet ist. Die Kompaktkur ist eine spezielle, qualifizierte, ambulante Vorsorgeleistung, die in der Gruppe stattfindet.

Wir beantragen für den / die Versicherte / -n die nachträgliche Genehmigung einer ambulanten Kompaktkur.

Gerne beantwortet unser Mitarbeiter (Name:) Ihre Fragen unter der

Rufnummer: bzw. Faxnummer:.....

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift und Stempel

(Die Verordnung des Arztes ist beizufügen)

Entscheidung der zuständigen Krankenkasse: (Bitte zutreffendes ankreuzen !)

Der Antrag wird genehmigt

Der Antrag wird *nicht* genehmigt

Ort, Datum, Unterschrift

Name des Sachbearbeiters:

Telefonnummer:

Stempel