

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 22.07.2010 (gültig ab 01.09.2010)

zwischen

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

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

der AOK Bayern, Zentrale

dem BKK Landesverband Bayern

der Knappschaft, Regionaldirektion München,

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

der Vereinigten IKK

und

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH – Allianz (Ersatzkasse)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin (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, das personenbezogen ist. 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 Leistungserbringers 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. Für die Verordnung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind separate Verordnungsvordrucke zu verwenden.
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 2 d**) beträgt gemäß § 61 Satz 3 SGB V derzeit 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 Verlaufsdocumentation 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 Gütesiegelhabers 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 gesonderte ärztliche Verordnung (**Anlage 5**) erforderlich. Andere Leistungen, 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 getätigt 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 Vertragspartnern 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 Vergütungsvereinbarung mit den entsprechenden Abrechnungskriterien (inklusive Leistungsbeschreibung) zum Rahmenvertrag über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen (RV-MBK) mit den Berufsverbänden aus dem Bereich der physikalischen Therapie. 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 Vergütungsvereinbarung 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.

Für die Vergütung der zu Lasten der **landwirtschaftlichen Krankenkassen** erbrachten Heilmittel gilt die Vergütungsvereinbarung mit den entsprechenden Abrechnungskriterien sowie der entsprechenden Leistungsbeschreibung zu dem Rahmenvertrag mit den Berufsverbänden aus dem Bereich der physikalischen Therapie in der jeweils geltenden Fassung. Diese sind nach **Anlage 2 f**, 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 – f 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, Verlaufsdocumentationen 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 **01.09.2010** 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 31.12.2011 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 31.12.2011, 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. a 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 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 22.07.2010

AOK Bayern, Die Gesundheitskasse

Bayer. Heilbäderverband e. V. Bad Füssing

.....
BKK – Landesverband Bayern

.....
Knappschaft,
Regionaldirektion München

.....
Spitzenverband der landwirtschaftlichen
Sozialversicherung

.....
Vereinigte IKK

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