

**Rahmenvertrag
über die Leistungserbringung und die Abgabe
von kurortsspezifischen Heilmitteln in
Kurbetriebsunternehmen
im Rahmen von genehmigten ambulanten
Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V**

zwischen

dem Heilbäderverband Baden-Württemberg e. V., Stuttgart

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

der vdek – Landesvertretung Baden-Württemberg als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. Berlin (vdek),

- vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg -

dem BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,

- vertreten durch den Vorstand der IKK classic -

der IKK classic, Dresden

der Knappschaft, Regionaldirektion München,

- nachfolgend Krankenkassen genannt –

wird folgender Vertrag über die Leistungserbringung und die Abgabe von kurortsspezifischen Heilmitteln in Kurbetriebsunternehmen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V geschlossen.

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt:

1. Für die Krankenkassen:
 - a) Verband der Ersatzkassen für die in **Anlage 1** genannten Ersatzkassen.
 - b) Die Betriebskrankenkassen, die die IKK classic im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartner-Service Baden-Württemberg zu diesem Vertragsabschluss bevollmächtigt haben, gemäß **Anlage 2**. Weitere Betriebskrankenkassen können auch nach dem Zeitpunkt dieses Vertragsabschlusses Vollmachten erteilen. Mit Vollmachtserteilung erkennen sie gleichzeitig den vorliegenden Vertrag rückwirkend an. Zur Information für den Vertragspartner, welche Betriebskrankenkassen zum jeweiligen Zeitpunkt Vertragspartner sind, wird die **Anlage 2** in regelmäßigen Abständen aktualisiert und den Vertragspartnern im Internet unter www.bkk-bw.de/hhmv bekannt gegeben.

Die Bevollmächtigung durch die Betriebskrankenkassen zum Vertragsabschluss im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg und damit der Vertragsinhalt gelten nur für die Leistungserbringungen innerhalb Baden-Württembergs, unabhängig vom Sitz der bevollmächtigenden Krankenkasse und dem Wohnort des Versicherten.
 - c) Die IKK classic.
 - d) Knappschaft
2. Die Vereinbarung gilt ausschließlich zwischen den Vertragspartnern. Die Vertragspartner vereinbaren jedoch, dass die Innungskrankenkassen außerhalb von Baden-Württemberg und Hessen grundsätzlich mit gleichen Rechten und Pflichten dieser Vereinbarung beitreten können.
3. Für die Mitglieder des Heilbäderverbandes, wenn sie die Beitrittserklärung gemäß **Anlage 3** unterzeichnet und die Voraussetzungen der Satzung des Heilbäderverbandes nachgewiesen haben. Eine Bestätigung des Heilbäderverbandes ist erforderlich. Eine aktuelle Liste der Mitglieder und deren angeschlossene Kurbetriebe wird den Krankenkassen alle zwei Jahre jeweils zum Jahresende zur Verfügung gestellt.
4. Für Kurbetriebsunternehmen, die Ihren Betriebssitz in einem anerkannten Kurort haben, der auch Mitglied im Heilbäderverband ist, sind die Voraussetzungen dann gegeben, wenn sie die Beitrittserklärung gemäß Anlage 3 unterzeichnet haben. Diese Voraussetzungen sind vom Antragsteller gegenüber dem Heilbäderverband nachzuweisen.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt:

1. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Versicherten im Rahmen genehmigter amb. Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V in anerkannten Kurorten.
2. Art und Umfang der abgegebenen Leistungen.
3. Rechte und Pflichten der Vertragspartner.

§ 3 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

1. Der Kurbetrieb ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) werden anerkannt. Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen können grundsätzlich anerkannt werden.
2. Die Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. In solchen Fällen teilen sie dem Kurbetrieb die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung – vorher schriftlich im Rahmen einer angemessenen Frist – mit. Auf Wunsch des Kurbetriebsunternehmens ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Begehung des Kurbetriebes stattfindet, ist dem oder den Prüfenden innerhalb der Öffnungszeiten Zugang zum Kurbetrieb zu gewähren. Der Kurbetrieb hat alle für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
3. Der fachliche Leiter des Kurbetriebes hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 9 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 9 Punkte 5-7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 des § 3 Ziffer 1 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist den zuständigen Stellen auf Anforderung vorzulegen.
4. Erfüllt der fachliche Leiter des Kurbetriebes die in § 3 in Verb.mit Anlage 9 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die zuständigen Stellen, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab 01.10.2010 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die zuständigen Stellen eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholt Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
5. Von Beginn der Frist an können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um max. 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dies gilt bei Wiederholungsfällen von Beginn an.

§ 4 Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Kurbetriebes, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

§ 5 Prozessqualität

1. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
2. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Kurbetrieb insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Kooperation zwischen Kurbetrieb und verordnendem Kurarzt/Badearzt
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation, am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten,
 - Anwendung des verordneten Heilmittels,
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs
3. Der Kurbetrieb sollte darüber hinaus bereit sein,
 - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
 - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
4. Der Kurbetrieb hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im einzelnen erbrachten Leistungen, die Reaktion des Versicherten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung.

§ 6 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Kurbetrieb hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

§ 7
Abgabe von Heilmitteln,
Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

1. An den Versicherten dürfen Leistungen aufgrund der Verordnung (Muster 25) des Kurarztes abgegeben werden. Art, Umfang und Zeitraum der Ausführungen der Leistungen bestimmt der Kurarzt.
2. Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen nach Ziffer 1 ist nur gestattet, wenn geeignetes Fachpersonal vorhanden ist. Eine teilweise private Ausführung der ärztlichen Verordnung des Kurarztes ist nicht zulässig. Im Hinblick auf die ärztliche Verordnung unterliegt der Kurbetrieb der Schweigepflicht. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Angaben im Sinne des SGB für die leistungspflichtige Krankenkasse.
3. Die Behandlung muss hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer den wissenschaftlich anerkannten Erfahrungsgrundsätzen entsprechen. Zur Abgabe dieser Leistungen sind die Kurbetriebe und ihre behandlungsberechtigten Mitarbeiter im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt. Die Leistung setzt eine ärztliche Verordnung des Kurarztes voraus. Art, Umfang und Zeitpunkt (Intervalle) der Ausführung ärztlich verordneter Leistungen bestimmt der Kurarzt. Die ärztliche Verordnung des Kurarztes ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
4. 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 Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
5. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind im Ausnahmefall dann möglich, wenn diese vor Behandlungsbeginn vom Kurarzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe bestätigt werden.
6. Der Versicherte darf durch das Kurbetriebsunternehmen oder deren Mitarbeiter nicht zu bestimmten Verordnungen von Kurärzten beeinflusst werden. Gleichzeitig darf der Kurbetrieb von sich aus den Kurarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Für die Leistungen der Krankenkasse darf nicht geworben werden.
7. Jede Behandlung ist durch den Versicherten auf der Rückseite der Verordnung des Kurarztes, unter Angabe des Datums der Ausführung einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig. Leistungen, die nicht in Anspruch genommen worden sind, können der zuständigen Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 8
Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen

Leistungen im Rahmen des § 23 Abs. 2 SGB V dürfen erst nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse in anerkannten Kurorten abgegeben und unter Vorlage der Genehmigungsunterlagen (die inhaltlichen Angaben der Genehmigung insbesondere hinsichtlich des Gültigkeitszeitraumes der Kostenübernahmeerklärung, der Dauer der bewilligten Maßnahme und des jeweils genehmigten Kurortes sind zu beachten) abgerechnet werden. Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht übertragbar.

§ 9 Wahl des Kurbetriebes

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den Einrichtungen frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Kurbetriebe bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Rahmenvertrages mitwirken.
3. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht verstößt, ist nicht zulässig.

§ 10 Vergütungsinhalt

1. Kurortsspezifische Heilmittel werden nach Anlage 4 vergütet.
2. Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der Zuzahlung des Versicherten (§ 32 Abs. 2 SGB V) keine weiteren Zahlungen oder Zuzahlungen gefordert werden.
3. Ausgenommen hiervon sind die Heilmittelpositionsnummern

80305	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten
80402	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten
80405	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten
80902	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten
81004	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten
81005	Behandlungsdauer 20 – 30 Minuten

Bei diesen Leistungen wird grundsätzlich eine Aufenthaltsdauer im Badebereich (einschließlich Aus- und Ankleiden) von 60 Minuten von den Krankenkassen vergütet. Wünscht der Versicherte einen längeren Aufenthalt, hat der Kurbetrieb den Versicherten über die zusätzlichen Kosten vorab schriftlich zu informieren.

§ 11 Abrechnung

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "sonstigen Leistungserbringern" in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Behandlung unter Vorlage der Originalverordnungen.
3. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweils zuständigen Krankenkasse oder deren Abrechnungszentrum. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

4. Maßgeblich für die Berechnung des Verzuges ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein. Zusammengehörige Abrechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang geliefert werden (in der Regel längstens zwei Wochen).
5. Dem Kurbetrieb / der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. Ersatzbelegs und Originalverordnungen bei der Krankenkasse oder deren Abrechnungszentrum .
6. Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen des Kurbetriebes gegen die Krankenkasse ist unzulässig. Ausgenommen davon sind Abtretungen an Abrechnungsstellen.
7. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen.
8. Die Kurbetriebe 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 Kurbetriebe 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 Kurbetrieb vollständig auszufüllen.

9. Das bei allen Abrechnungen entsprechend den Richtlinien nach § 302 SGB V zu verwendende Institutionskennzeichen ist, falls nicht bereits vorhanden, bei der SVI – Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Abrechnungen ohne gültiges, von der SVI vergebenes, Institutionskennzeichen, sind nicht möglich.

Die Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, dass die aktuelle Bankverbindung über die die Abrechnung erfolgen soll, korrekt an die SVI gemeldet ist. Veränderungen bezüglich der Bankverbindung sind gegenüber der SVI unverzüglich vorzunehmen.

Die Krankenkasse begleicht die Rechnungen ausschließlich auf Basis der von der SVI gemeldeten Institutionskennzeichen und Bankverbindungen. Sollten auf Grund falsch hinterlegt Institutionskennzeichen oder Bankverbindungen Zahlungen nicht an den Leistungserbringer erfolgen, kann die Krankenkasse für die hierdurch entstehenden finanziellen Schäden nicht haftbar gemacht werden.

10. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Abrechnung u. a. die Versichertennummer, die 5-stellige Positionnummer, den Leistungserbringergruppenschlüssel (LEPS) – 28 01 501 – sowie den Preis angeben.

§ 12 Datenschutz

Der Kurbetrieb ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Patienten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, der zuständigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Kurbetrieb hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen schriftlich zu verpflichten. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V, die §§ 64 bis 85 SGB X sowie der § 5 BDSG sind zu beachten.

§ 13 Beendigung

Die Abgabe von Heilmitteln im Rahmen genehmigter amb. Vorsorgemaßnahmen gem. § 23 Abs. 2 SGB V zur Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen endet:

1. mit der Schließung des Betriebes.
2. mit dem Übergang des Betriebes auf einen neuen Eigentümer.
3. bei schwerwiegenden Vertragsverstößen gem. § 16 Abs. 2 des Vertrages.
4. mit der Beendigung des Erfüllens der Voraussetzungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 und 4 des Vertrages.

§ 14 Vertragspartnerschaft

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

§ 15 Vertragsausschuss

1. Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die auf örtlicher Ebene oder zwischen den berührten Vertragspartnern nicht bereinigt werden können, sowie in Fällen nach § 14 Abs 2 ist ein Vertragsausschuss zu bilden. Dieser setzt sich aus vier Vertretern der Krankenkassen einerseits und vier Vertretern des Heilbäderverbandes andererseits paritätisch zusammen.
2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
3. Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung des Vertragsausschusses (muss noch erstellt werden).

§ 16 Vertragsverstöße; Regressverfahren

1. Erfüllt ein Kurbetrieb die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Vertragspartner nach Anhörung schriftlich warnen. Die Krankenkasse setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Kurbetrieb fest.
2. Nach erfolgloser Warnung oder bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Krankenkasse im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 15) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,00 EURO festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch die sofortige Beendigung zur Abgabe von kurortspezifischen Heilmitteln nach diesem Vertrag. Darüber hinaus kann die zuständige Stelle Ersatz des durch die Vertragsverletzung entstandenen Schadens verlangen. Der Vertragsausschuss kann beratend hinzugezogen werden.
3. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung der sachlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Kurarzt.
 - Die Leistungserbringung durch Nichtfachleute.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelung oder durch höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.10.2010 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalendermonats, erstmals zum 30.09.2011 gekündigt werden. Bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages gilt der alte Rahmenvertrag weiter.
2. Dieser Rahmenvertrag ersetzt den bereits bestehenden Rahmenvertrag vom 01.02.2008 zwischen dem Heilbäderverband, dem Vdak/AEV, dem BKK Landesverband Baden-Württemberg, der IKK classic sowie der Knappschaft.
3. Vereinbart der Leistungserbringer mit einer anderen Krankenkasse niedrigere Preise bei vergleichbarer Leistung/Leistungsinhalt, so gelten diese Preise auch für den vdek, die IKK classic und die Knappschaft.

Anlagen:

Anlage 1: Mitgliedskassen des vdek

Anlage 2: Liste der Betriebskrankenkassen

Anlage 3: Beitrittserklärung

Anlage 4: Preisvereinbarung nach § 125 Abs. 2 SGB V

Anlage 5: Leistungsbeschreibung von kurortspezifischen Leistungen

Anlage 6: Leistungsbeschreibung Ergotherapie

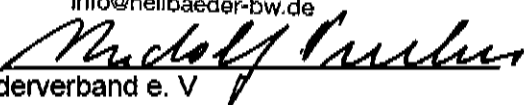
Anlage 7: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Anlage 8: Leistungsbeschreibung Podologische Therapie

Anlage 9: Fortbildungsverpflichtung

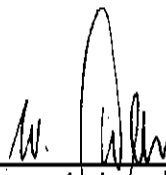
Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, den 01.10.2010

HBV e.V.
Esslinger Str. 8
70182 STUTTGART
Tel. 0711/2184576
Fax 0711/2184578
info@heilbaeder-bw.de

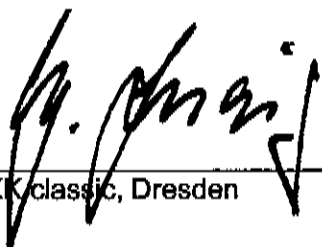


Heilbäderverband e. V.

Walter Scheller
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg



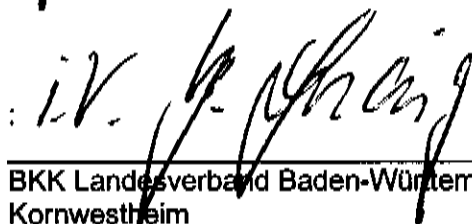
vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg
Der Leiter der Landesvertretung
Baden-Württemberg



IKK classic, Dresden



Knappschaft, Regionaldirektion München



BKK Landesverband Baden-Württemberg,
Kornwestheim
- vertreten durch die IKK classic -